

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN EL TRATAMIENTO DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE EN ADOLESCENTES
ENTRE 12 Y 14 AÑOS PERTENECIENTES A UNA ESCUELA DE SAN
MIGUELITO**

LIC. LAURA C. LEÓN

Tesis presentada como requisito
para optar por el Título de
Magister en Psicología Clínica

PANAMÁ, 2018

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FORMULARIO PARA LA PRESENTACION DE TESIS DE GRADO

Nombre del Estudiante:	Laura Carmen León
Cédula:	E-8-106065
Código	CE-PT-327-14-06-18-182
Título al que aspira:	Magister en Psicología Clínica
Tema de Tesis:	La Psicología Positiva en el tratamiento del Trastorno negativista desafiante en adolescentes entre 12 y 14 años, pertenecientes a una Escuela de San Miguelito
Nombre del Asesor:	Lic. Ricardo López
Firma del Asesor:	_____
Firma del estudiante:	_____
Aprobado por:	_____
	Coordinador del Programa

	Director de Postgrado de la Vicerrectoría De Investigación y Postgrado

FECHA: _____

DEDICATORIA

A Dios... con Él, todo es posible

A mi madre, que me dio la vida, confianza, autonomía, placer por el estudio y siempre me permitió volar.

A mis hijos Kevin, Karem y Kenny, con quienes sigo descubriendo el potencial interno que puede tener el ser humano con una buena crianza, donde se da una libertad responsable de pensamiento y acción. Ellos son el amor y la razón más hermosa que me ha dado la vida.

A mi esposo, por su incondicional apoyo, día y noche, para que yo conquistara mi sueño de ser Psicóloga Clínica.

A mí... porque lo logré!

Panamá, 5 de Diciembre de 2018

AGRADECIMIENTO

A todas las personas y circunstancias que han hecho posible el logro de ser

Psicóloga Clínica

A Dios... siempre!

A Bertha Alicia Terán, Psicóloga panameña, que en una linda historia de coincidencias y causalidades, abrió el camino para que pudiera cumplir una meta que había engavetado: ser Psicóloga!

A mi amada Universidad de Panamá, porque en sus aulas conquisté uno de los sueños más profundos de mi corazón.

A mi esposo e hijos...de nuevo! Por la paciencia, apoyo y permitirme el espacio para esos largos retiros intelectuales, para estudiar y aprender la Psicología, como debe ser.

A todos mis Profesores, que con su instrucción y experiencia, me han llenado de tanto conocimiento. Los guardo en mi corazón.

A mis compañeros y colegas de la Licenciatura y Maestría. Los mejores!!

A mis colegas Anaís Espinosa y Damaris Samaniego. Por su inmenso apoyo y motivación para la culminación de esta Tesis.

A la Escuela de San Miguelito, su Directora, Administrador, Maestros y a los 16 adolescentes que me acompañaron a lo largo de la Investigación.

A la vida, al Universo, a este espacio de vida en el que quiero servir, lo mejor que pueda.

Laura León

INDICE

INDICE

Portada	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice de Tablas y Gráficos	v
Resumen/Abstract	1
Introducción	2
Capítulo 1 – Marco Teórico	6
1. Psicología Positiva	7
1.1. Antecedentes históricos	7
1.2. Definición	10
1.3. Campo de acción	11
1.4. El estudio de las emociones positivas	13
1.4.1 Optimismo	16
1.4.2 Felicidad	18
1.4.3. Bienestar psicológico – Salud mental positiva	20
1.5. Intervenciones con Psicología Positiva	22
1.6. La psicología Positiva en Latinoamérica	24
1.7. Algunos hallazgos desde la Psicología Positiva sobre el bienestar en adolescentes	27
2. Adolescencia	32
2.1. Definición	32
2.2. Aspectos de la maduración cognoscitiva en adolescentes	36
2.3. Estilos de crianza e influencia familiar	40
2.4. El adolescente y la escuela	41
2.5. Desarrollo Psicosocial según Ericson	43
2.6 . Adolescencia y Psicología Positiva	44

3. Conducta Disruptiva	48
3.1. Conducta y comportamiento – definición	48
3.2. Conducta y Psicología	49
3.3. Conducta anormal y conducta inadaptada	55
3.4. Conducta disruptiva en la infancia y adolescencia	56
3.4.1. Trastornos de la conducta	58
3.4.2. Trastorno Negativista Desafiante TND	59
3.4.2.1. Criterios Diagnóstico según el DSM-5	62
3.4.2.2. Evaluación y tratamiento del TND	63
3.5. Investigaciones realizadas sobre prevalencia de la conducta disruptiva en niños y adolescentes	69
3.6. La conducta disruptiva e investigaciones en Panamá	71
Capítulo 2 – Metodología	73
2.1. El problema	74
2.2. Planteamiento del problema	76
2.3. Objetivos generales	76
2.4. Objetivos específicos	77
2.5. Hipótesis	77
2.5.1. Hipótesis general	77
2.5.2. Hipótesis de trabajo	78
2.6. Diseño de investigación	79
2.7. Definición de las variables	80
2.8. Población	83
2.9 . Muestra. Selección	84
2.9.1 Criterios de Inclusión	86
2.9.2 Criterios de Exclusión	87
2.9.3 Criterios de Eliminación	87
2.10 Instrumentos y técnicas de medición	88
2.11. Procedimiento	91
2.12. Diseño Estadístico	93

Capítulo 3 – Resultados y Análisis	95
3.1. Análisis descriptivo y estadístico - Variables Positivas	97
3.1.1 Felicidad	97
3.1.2 Optimismo	106
3.1.3 Bienestar	115
3.2. Análisis descriptivo y estadístico - Variables Negativistas	124
3.2.1 Oposicionismo	124
3.2.2 Dificultad de cumplir órdenes	131
3.3. Hallazgos con variables no contempladas al inicio de la Investigación	141
3.3.1 Distractibilidad	141
3.3.2 Hiperactividad	148
3.4. Una perspectiva desde la Psicología Positiva sobre los hallazgos durante las sesiones	155
Capítulo 4 – Conclusiones y recomendaciones	158
Referencias Bibliográficas	163
Anexos	174
Índice de Anexos	175

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tablas y Gráficas – Variables Positivas: Felicidad, Optimismo y Bienestar

Tabla 1 - Gráfico 1 comparación Pre y Post test de Felicidad. Dx. TND	98
Tabla 2 - Gráfico 2 comparación Pre y Post test inventario de Felicidad. Grupo 1	99
Tabla 3 - Gráfico 3 comparación Pre y Post test inventario de Felicidad. Grupo 2 100	
Tabla 4 - Gráfico 4 comparación Pre y Post test inventario de Felicidad. Grupo 3 101	
Tabla 5 - Gráfico 5 comparación Pre y Post test inventario de Felicidad. Grupo 4	102
Tabla 6 - Gráfico 6 comparación Pre y Post test inventario de Felicidad. Completo	103
Tabla 7 - Gráfico 7 comparación Pre y Post test Optimismo. Dx. TND	107
Tabla 8 - Gráfico 8 comparación Pre y Post test Optimismo. Grupo 1	108
Tabla 9 - Gráfico 9 comparación Pre y Post test Optimismo. Grupo 2	109
Tabla 10 - Gráfico 10 comparación Pre y Post test Optimismo. Grupo 3	110
Tabla 11 - Gráfico 11 comparación Pre y Post test Optimismo. Grupo 4	111
Tabla 12 - Gráfico 12 comparación Pre y Post test Optimismo. Completo 112	
Tabla 13 - Gráfico 13 comparación Pre y Post test Bienestar. Dx. TND	116
Tabla 14 - Gráfico 14 comparación Pre y Post test Bienestar. Grupo 1	117
Tabla 15 - Gráfico 15 comparación Pre y Post test Bienestar. Grupo 2	118
Tabla 16 - Gráfico 16 comparación Pre y Post test Bienestar. Grupo 3	119
Tabla 17 - Gráfico 17 comparación Pre y Post test Bienestar. Grupo 4	120
Tabla 18 - Gráfico 18 comparación Pre y Post test Bienestar. Completo 121	

Tablas y Gráficas – Variables de signos Negativistas Desafiantes

Tabla 19 – Gráficos 19 comparación Pre y Post instrumento de medición del TND – variable: Oposicionismo. Población Dx. TND	125
Tabla 20 comparación Pre y Post instrumento de medición del TND – variable: Oposicionismo. Muestra completa,	127
*Gráfico comparación Pre y Post instrumento de medición del TND – variable: Oposicionismo. Muestra completa	129
Tabla 21 – Gráficos 21 comparación Pre y Post instrumento de medición del TND – variable: Cumplir órdenes y instrucciones. Población Dx. TND ...	133
Tabla 22 comparación Pre y Post instrumento de medición del TND – variable: Cumplir órdenes y instrucciones. Muestra completa	135
*Gráfico 22 comparación Pre y Post instrumento de medición del TND – variable: Cumplir órdenes y instrucciones. Muestra completa	136

Tablas y Gráficas - Registros Conductuales

Tabla 24 Pre Test. Registro Conductual. Compilación, muestra completa	139
Tabla 25 Sesión 4 – Pre Test. Registro Conductual. 4 Sub-grupos.	140

Tablas y Gráficas - Variables que miden signos y síntomas de Hiperactividad y Distractibilidad

Tabla 27– Gráfico 27 comparación Pre y Post Variable: Distractibilidad. Dx. TND	142
Tabla 28 comparación Pre Test y Post Variable: Distractibilidad. Muestra completa	144
Gráfico 28 comparación Pre Test y Post Variable: Distractibilidad. Muestra completa	145
Tabla 29 – Gráfico 29 comparación Pre Test y Post Variable: hiperactividad. DX TND	149
Tabla 30 comparación Pre Test y Post Variable: Hiperactividad. Muestra completa	151
Gráfico 30 comparación Pre Test y Post Variable: Hiperactividad. Muestra completa	152

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio que persigue documentar la influencia que tiene una intervención bajo el enfoque de la Psicología Positiva, en la disminución de los síntomas que presentan adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante (F91.3), en edades comprendidas entre 12 y 14 años y cuya población pertenece a un colegio del Distrito de San Miguelito, en la Ciudad de Panamá.

Existe una amplia bibliografía que hoy en día nos da fe de los beneficios de las intervenciones de Psicología Positiva en el área clínica, razón por la cual la he tomado como modelo de tratamiento y así brindar la experiencia con este enfoque aplicado a esta condición diagnóstica. La intervención consiste en 12 sesiones en las que se aplicará el modelo de fortalezas, instrumento creado para potenciar el bienestar psicológico, buscando influenciar positivamente las emociones de nuestra muestra y que en consecuencia, aumente el bienestar psicológico, optimismo y felicidad y disminuyan las reacciones negativistas propias del Trastorno.

SUMMARY

The present work is a study that seeks to document the influence of an intervention under the Positive Psychology approach, in the reduction of the symptoms of adolescents with Defiant Negative Disorder (F91.3), in ages between 12 and 14 years, whose population belongs to a school in the District of San Miguelito, in Panama City.

There is a wide bibliography that today gives us faith of the benefits of Positive Psychology interventions in the clinical area, which is why, I have taken it as a treatment model and thus provide the experience with this approach applied to this diagnostic condition. The intervention consists of 12 sessions in which the strengths model was applied, an instrument created to enhance psychological well-being, seeking to positively influence the emotions of our sample and, consequently, increase psychological well-being, optimism and happiness and reduce negative reactions proper to the disorder.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Psicología tiene varias décadas intentando dar respuestas a los problemas de conducta que se manifiestan en los niños y adolescentes. Distintos modelos de intervención han estado a merced de los especialistas de la salud mental para aliviar, disminuir o erradicar conductas disruptivas y aunque es innegable que han sido eficientes, las estadísticas siguen mostrando un exponencial crecimiento en los trastornos relacionados a la conducta.

Las intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva están ya apareciendo en la literatura científica (Vásquez, Hervás y Emy, 2006). Existen estudios en los que se ha evidenciado cómo los tratamientos psicoterapéuticos bajo este enfoque, permiten que la persona haga ajustes en sus emociones y manera de percibirse a sí mismo y a su medio, previniendo enfermedades físicas y mentales.

Según un estudio realizado en la Universidad de Turabo, Puertos Rico, referido por Rodríguez y Mercado (2012), denominado *Aplicación de la Psicología Positiva para la prevención de trastornos de la conducta humana*, cuyo objetivo era explorar diferentes investigaciones realizados bajo este enfoque para medir su efectividad en el problema planteado; y partiendo de la pregunta de investigación: “¿Cuál ha sido la aplicación de la Psicología Positiva para la prevención de trastornos en la conducta del ser humano en diferentes países y Puertos Rico?”, se sustraen algunas de sus conclusiones:

“1.- La aplicación de la Psicología Positiva permite reforzar, realzar y fortalecer los recursos intra e interpersonales para favorecer el desarrollo

óptimo del ser humano, grupos, organizaciones y sociedades. De esta forma, su aplicación hace más fuertes y productivas a las personas porque les dirige a lograr una vida plena, además de fortalecer el potencial humano (...)

2.- El estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas (recursos psicológicos) que postula la Psicología Positiva permite que el ser humano, con mayor o menor grado de condiciones psicológicas o condiciones emocionales, afronte y supere momentos de adversidad”.

Por otro lado, prosigue Rodríguez y Mercado (2012), y en referencia a los problemas conductuales, diferentes investigaciones realizadas en países hispanos, incluida España, dan fe de que los problemas de conducta en niños y adolescentes, están entre las primeras razones de atención psicológica que requieren los padres para sus hijos. “En términos generales, el porcentaje de trastornos de la conducta diagnosticados en los años 90 no llegaba al 5% habiéndose triplicado en la actualidad, considerando los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TND) y trastorno disocial (TD) (Angulo et al, 2008) citado por Rabadán & Giménez-Gualdo (2013).”

Panamá no se aleja de esa realidad. El Doctor Dennise Cardoze (2002), Psiquiatra de niños y adolescentes, ex-asesor del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial y con 30 años de experiencia, expresó que se hacía clara “la gran necesidad que tiene el educador panameño de recibir instrucción sobre el manejo de los problemas de disciplina en los centros escolares, asegurando que son los problemas de disciplina y más concretamente las conductas agresivas, las que demandan más atención a nivel escolar”.

El investigador recabó información extraída del Centro de Estudio y Acción Social Panameño (CEASPA) sobre un estudio realizado en Panamá en el año 2000, llevado a cabo

por el Comité Nacional de Análisis de Estadística Criminal y el Centro de Observación y Diagnóstico (luego llamado Sistema Integrado de Estadística Criminal y Centro de Cumplimiento, según Ley 40 de 1999). Se reseñan fragmentos que hemos considerado importantes, para ser considerados como datos en nuestra investigación.

“Se realizó un estudio al 100% de los adolescentes acusados de estar involucrados en actividades delictivas, con la finalidad de conocer las características asociadas a ese tipo de conducta (...) En dicho estudio, se observó que el 55% de los adolescentes encuestados había abandonado el colegio al primer año; es decir, entre los 13, 14 y 15 años, precisamente cuando empiezan a experimentar su etapa de desarrollo y en donde el nivel de tolerancia es sensible, presentando una conducta alterada con algún grado de irritabilidad y agresividad (...)”

Algunos de los objetivos específicos de esa investigación fueron: “establecer los patrones presentes en la convivencia cotidiana entre los diferentes actores/as educativos e investigar el abordaje de la violencia desde las percepciones de los distintos actores/as. Sus hallazgos reportaron agresiones verbales entre estudiantes, agresiones físicas (juegos violentos, amenazas físicas y agresiones físicas interpersonales: golpes, patadas, jalones de cabello, entre otras); etc.

Resulta claro que estas expresiones de la conducta disruptiva de los adolescentes no está asociada únicamente en la condición escolar; pero son estas instituciones donde se concentra esta población, por eso la prevalencia es tan latente y las facilidades de logística y concentración para su estudio puede resultar efectiva, pues no todos los padres llevarán a sus hijos a consulta psicológica.

De allí surge la inquietud del investigador por abordar una problemática presente en el país y al mismo tiempo introducir y evaluar la eficiencia de otro tipo de estrategias. En este caso, una intervención con Psicología Positiva como alternativa que no sólo disminuye los signos y síntomas del trastorno, sino que da herramientas para aumentar los aspectos sanos y los recursos y fortalezas de nuestra muestra.

Nuestra investigación se centró en una población de adolescentes entre 11 y 14 años, que presentan el Trastorno Negativista Desafiante. Aun cuando esta condición puede manifestarse desde la edad de 8 años, también apunta a la conveniencia del investigador trabajar con la población en la que, según fuentes bibliográficas, la conducta expresa es más latente, con síntomas más claramente identificables y además aprovechar la madurez de este rango de edades a favor del programa de intervención seleccionado. Según informa la American Psychiatric Association, (2001), este Trastorno presenta una prevalencia de entre el 2% y el 16%, en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación. Citado por (G. Genisse, 2014).

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1. PSICOLOGÍA POSITIVA

1.1 Antecedentes históricos.

Como apuntó Peterson (2006), la Psicología Positiva tiene un corto pasado, pero una larga historia. El interés de estudiar el bienestar y la vida satisfactoria se remontan a la época de la Grecia clásica e incluso, antes. Aristóteles, por ejemplo, escribió en profundidad sobre la *eudaimonia* (i.e., felicidad o plenitud), y sobre cómo la vida virtuosa podía ser la vía para llegar a ella. Citado por Vázquez, C. Hervas, G. (2006).

En este mismo recorrido histórico, Vázquez, C. Hervas, G. (2006) nos reseña que la Filosofía occidental ha tenido la misma preocupación central, “así que Aristóteles, pero también Spinoza, Schopenhauer, Bertrand Russell, Heidegger o Cioran han hecho de la reflexión, sobre la felicidad, uno de los ejes del pensar sobre “lo humano”.

En el campo de la Psicología, Seligman y Csikszentmihalyi, (2000) nos refieren:

“Durante muchos años, la Psicología se centró exclusivamente en el estudio de la patología y la debilidad del ser humano, llegando a identificar y casi confundir Psicología con Psicopatología y Psicoterapia. Este fenómeno dio lugar a un marco teórico de carácter patogénico que sesgó ampliamente el estudio de la mente humana. Así, la focalización exclusiva en lo negativo que dominó la Psicología durante tanto tiempo llevó a asumir un modelo de la existencia humana que había olvidado, e incluso negado, las características positivas del ser humano”. Citado por Vera Posek, B. (2006).

Debemos recordar que mucho de este enfoque original de la Psicología nos viene dado desde la Segunda Guerra Mundial, pues la Psicología tenía entonces tres propósitos:

atender los efectos postraumático propios de la guerra, prevenir los problemas emocionales de las futuras generaciones y fortalecer y entrenar los comportamientos humanos que le generaran mayor bienestar. Sin embargo, durante mucho tiempo, la Psicología se mantuvo estancada únicamente en curar la enfermedad y aliviar signos y síntomas. Vera, B. (2006)

En parte, el surgimiento de la Psicología Positiva es un intento de continuar con esas misiones olvidadas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Existe consenso en considerar que el inicio de la Psicología Positiva se señala en 1998 con el discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA) (Seligman, 1999). Citado por Lupano P. M., & Castro, A. (2010).

En el mencionado discurso inaugural, Seligman declara que su mandato tendrá como objetivo enfatizar el interés hacia una Psicología más positiva: “La Psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros” (Seligman, 2003, p.1) citado por Lupano P. M., & Castro, A. (2010).

Las primeras aproximaciones hacia la Psicología Positiva se remontan a los años 20 con los escritos de Watson sobre el cuidado psicológico de los infantes; a finales de los años 30, con el trabajo de Terman y colaboradores sobre el talento de los estudiantes y su ambiente académico y los factores psicológicos relacionados con la felicidad marital. Seligman & Csikszentmihalyi, (2000), citado por Contreras y Esfuerra (2006).

Se encuentra también que la primera escuela en advertir las limitaciones del modelo médico fue la Psicología Humanística que, a través de incitar a que la Psicología estudie el comportamiento y la mente humana a partir de las capacidades y no solo de las falencias, inaugura de forma explícita el enfoque salugénico en Psicología. Lupano P, M., & Castro, A. (2010).

Se ha señalado que el interés por los aspectos positivos del psiquismo humano se halla también en los orígenes de la Psicología Académica norteamericana, donde cobran especial relevancia los escritos de William James sobre la “mente sana”. Así mismo, diferentes autores han enfatizado la existencia de intereses comunes entre la Psicología Humanística y el reciente movimiento de la Psicología Positiva (Gancedo, 2006; Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006). Citado por Lupano P, M., & Castro, A. (2010).

Como bien sugiere Seligman (2002) respecto a esta relación de coincidencias, la Psicología Positiva enfatiza premisas fundamentales, al igual que lo hace la Psicología Humanista: conceptos como responsabilidad, voluntad, esperanza o emociones positivas son igualmente destacados por los dos campos, pero la epistemología radical con que se cierce la Psicología Humanista en la actualidad marcó la diferencia única con la que se siguen distanciando y funcionando por distinto. Ahmad R. Barragán. (2012).

Entre los aportes de los grandes teóricos humanistas debe mencionarse el énfasis que hace Carl Rogers en el funcionamiento pleno de las personas, así como también los estudios de Abraham Maslow sobre las personas sanas y el concepto de autorrealización. Lupano M., & Castro, A. (2010).

Rogers (1961), nos señala que la persona se orienta a una dirección positiva cuanto más aceptada y comprendida se sienta. El ser humano se mueve hacia lo constructivo, hacia su madurez y su autorrealización. En este sentido, la Psicología Humanista busca desarrollar su potencial en vez de centrarse en las causas o fuentes de debilidades. Barragán, Ahmad Ramses (2012).

Otros referentes importantes son: (1) Marie Jahoda (1958) y su modelo de salud mental positiva, en el que establece seis criterios que lo dominan: actitud hacia sí mismo, crecimiento, desarrollo y autoactualización, integración, autonomía, percepción de la

realidad y dominio del entorno; (2) Erikson (1963, 1982) quien en su modelo de desarrollo humano enfatizó la comprensión del yo, confiando así en la capacidad del ser humano para organizarse y resolver las crisis creadas por su mundo interno y externo; (3) George Vaillant (1977), quien consideraba que el ser humano se adhería a la búsqueda de una fuerte relación interna consigo mismo en la edad adulta para lograr su bienestar; (4) Deci y Ryan y sus postulados en la teoría de la autodeterminación, que vincula los motivadores intrínsecos con la producción de los proyectos personales del individuo (1985); y Carol Ryff, quien desarrolló el modelo de bienestar psicológico, que puede considerarse precursor al modelo de Psicología Positiva de la actualidad. Sus aportes fueron de los más representativos en la teoría, instrumentos de medición y aplicaciones relacionados con el bienestar humano, considerando el bienestar psicológico como aquel que produce la mayor cantidad de placer y de emociones positivas (1996).

1.2 Definición

Según Seligman & Csikszentmihalyi, (2000), citado por Rodríguez (2012), la Psicología Positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología.

Es definida también como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades. Sheldon & King, (2001), citado por Rodríguez (2012). Incluye también virtudes cívicas e institucionales que guían a los individuos a tomar

responsabilidad sobre su comunidad y promueve características para ser un mejor ciudadano. Seligman & Csikszentmihalyi, (2000). Citado por Rodríguez (2012).

Así mismo intenta entender las condiciones, procesos y mecanismos que llevan a aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan una vida plena, haciendo hincapié en la rigurosidad del método científico (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006). Citado por Castro (2012).

Autores como Seligman Martín y Csikszentmihalyi (2000) aseguran que uno de los retos para la Psicología es investigar los aspectos positivos de la experiencia humana, entender y fortalecer aquellos factores que permiten la prosperidad de los individuos, comunidades y sociedades, para mejorar la calidad de vida y también prevenir la patología que surge de condiciones de vida adversas. Citado por Contreras et al (2006).

1.3 Campo de acción

La Psicología Positiva se basa en tres pilares fundamentales. Estos son, según Maureira (2014): el estudio de la emoción positiva; el estudio de los rasgos positivos, sobre todo fortalezas y virtudes, pero también las “habilidades” como la inteligencia y la capacidad atlética; y el estudio de las instituciones positivas, como la democracia, las familias unidas y la libertad de información, que sustentan las virtudes y a su vez sostienen las emociones positivas. Haciendo referencia sobre los primeros pasos de la Psicología Positiva, Castro (2012) nos reseña:

“En su primera década de existencia, tuvo un desarrollo sin precedentes en los ámbitos académicos y aplicados. Investigadores y psicólogos de todo el mundo estudiaron los principales constructos positivos, diseñaron técnicas de evaluación psicológica y validaron intervenciones positivas en ámbitos clínicos, laborales y educativos. Se

crearon dos asociaciones internacionales (European Network of Positive Psychology e International Positive Psychology Association), que nuclean a los profesionales de todo el mundo y prestigiosas universidades de los Estados Unidos (Universidad de Pennsylvania, Claremont Graduate University) y del Reino Unido (University of East London) han elaborado programas de nivel de maestría que intentan transmitir el contenido principal de esta nueva perspectiva psicológica”. Castro, A (2012).

En el nivel educativo, existen estudios sobre motivación extrínseca (Ryan & Deci, 2000), desarrollo en jóvenes (Larson, 2000; Eccles & Gootman, 2002), apego (Ryan & Lynch, 1989), motivación académica (Pajares, 2001), ambientes de aprendizaje (Grolnick & Ryan, 1987) y servicios de orientación familiar, en los que se enfatiza en la generación y optimización de las fortalezas desde una aproximación positiva y proactiva (Christenson & Sheridan, 2001; Dunst & Deal, 1994). Citado por Castro, F. (2006).

A nivel clínico, la Psicología Positiva se inscribe dentro del enfoque salugénico que tiene como objetivo final la promoción de la salud y el bienestar psicológico, completando así el modelo médico o enfoque patogénico que enfatiza la cura y la prevención de la enfermedad mental (Gancedo, 2008 A: Seligman y Paterson, 2007). Citado por Mariñelarena-Dondena, L. (2012)

Gancedo, 2008 y Mariñelarena-Dondena & Gancedo, 2011 nos señalan: Cabe destacar que en el desarrollo del denominado enfoque salugénico en Psicología se destacan tres grandes hitos. En primer lugar, los aportes de la Psicología Humanística, cuyos principales representantes homologan el concepto de salud psíquica al de desarrollo de potencialidades del psiquismo. En segundo término, las denominadas investigaciones independientes sobre aspectos funcionales del psiquismo, tales como: el bienestar psíquico, la resiliencia, la

creatividad, las inteligencias múltiples, la inteligencia emocional, la teoría del apego, entre otros. Finalmente, la orientación salugénica propuesta por Aaron Antonovsky desde el ámbito de la sociología de la medicina. Dicho autor entiende a la salud / enfermedad como extremos de un continuo y se interesa en estudiar aquellos factores que promueven movimientos hacia el extremo favorable del mismo (Casullo, 2000). Citada por Mariñelarena-Dondena, L. (2012)

Existen estudios en los que se ha evidenciado cómo las intervenciones bajo el enfoque de la Psicología Positiva permiten que la persona haga ajustes en sus emociones y manera de percibirse a sí misma y a su medio, previniendo enfermedades físicas y sabemos la influencia de lo físico en lo mental.

Dentro del mismo campo clínico, uno de los objetivos de la Psicología Positiva es cambiar el marco de intervención hacia el desarrollo de estrategias terapéuticas que favorezcan la experiencia emocional positiva, lo cual está orientado hacia la prevención y tratamiento de los problemas derivados o exacerbados por la presencia de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la agresión y el estrés, entre otros. Dichas emociones tienen, además, la propiedad de estrechar el repertorio conductual del individuo, en cuanto afectan los procesos de pensamiento y acción (Fredrickson, 2000; Resnick, Warmoth & Selin, 2001; Seligman, 2002; Seligman & Peterson, 2003; Joseph & Linley, 2005). Citado por Contreras, F. (2006).

1.4 El estudio de las emociones positivas

Los Psicólogos Positivos han desarrollado importantes líneas de trabajo en temas como optimismo (Seligman, 1998), felicidad (Csikszentmihalyi, 1997; Seligman, 2006; Lyubomirsky, 2010), bienestar subjetivo (Diener, 1984), bienestar psicológico (Ryff, &

Keyes, 1995), gratitud (Emmons, & Mishra, 2011), esperanza (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002), *flow* (Csikszentmihalyi, Rev. Guillermo de Ockham 15(2), 2017 Artículo IN PRESS 2012), satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), virtudes y fortalezas humanas (Peterson, & Seligman, 2004), y una gran diversidad de emociones positivas (Fredrickson, 2009). Citado por Arias, Huamani y Espiñeira (2017).

Además, han generado teorías, como la teoría ampliada y construida de las emociones positivas de Bárbara Fredrickson (2001), la teoría de la esperanza de Charles Snyder (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002), el modelo de bienestar psicológico de seis dimensiones de Carol Ryff (Ryff, & Keyes, 1995), la teoría del impacto de las actividades positivas en la felicidad de Lyubomirsky (Lyubomirsky, & Layous, 2013), etc. También, se han aplicado los conceptos y teorías de la Psicología Positiva en el campo laboral, educativo, clínico y de la salud, primordialmente (Vázquez, & Hervás, 2005). Citado por Arias, Huamani y Espiñeira (2017).

Durante años, el tema fue objeto de debate filosófico y sociológico; se creyó que sentirse satisfecho con la vida estaba muy relacionado con la inteligencia, la apariencia física o las buenas condiciones económicas. Actualmente, se sabe que el mayor o menor bienestar psicológico no está relacionado solo con esas variables, sino también con la subjetividad individual (Diener, Suh y Oishi, 1997); en Casullo (2002).

Las emociones son estados subjetivos que la persona experimenta en razón de sus circunstancias, por lo que son personales e involucran sentimientos. Su centro de origen se halla en el sistema límbico e invariablemente se relacionan con el pensamiento y la conducta. (Vecina, 2006). Citado por Ahmad Barragán. (2012).

En el libro de Martín Seligman (2003) titulado “La máxima felicidad”, el autor nos señala que las emociones positivas serían importantes, debido a que el aumento de los

sentimientos positivos es importante en la medida en que maximizan los beneficios sociales, intelectuales y físicos de cada persona, además de favorecer el uso de estas como barreras contra las desgracias y los trastornos psicológicos, favoreciendo la recuperación. Citado por Maureira, (2014).

Del mismo libro se rescata que las emociones positivas tendrán una particularidad y es que, según se orienten en el tiempo —pasado, presente o futuro—, tendrán una manera específica de trabajar mediante la voluntad. Seligman (2003):

“1.- Las emociones positivas respecto al futuro incluyen el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza. Se trabajan con el aprendizaje de la esperanza, optimismo y rebatir (a sí mismo) los pensamientos negativos.

2.- Las emociones positivas respecto al pasado incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad. Se trabajan a nivel emocional mediante el ejercicio de agradecer y perdonar. Y a nivel intelectual, sin adherirse a la idea que necesariamente el pasado predice el futuro”.

3.- Las emociones positivas relacionadas con el presente son la alegría, el éxtasis, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer y la fluidez. Se trabajan buscando evitar la habituación, disfrutar y utilizar la atención de manera de incrementar los placeres y las gratificaciones en el presente”. En tal sentido, Seligman (2003) distingue dos tipos de placeres: “los placeres corporales: que son emociones positivas transitorias que tienen relación con lo que se percibe a través de los sentidos: olores, sabores, sonidos, vistas, sentimientos, placeres sexuales. En segundo lugar están los placeres superiores, que aunque también son transitorios, sus orígenes son más complejos y requieren de más recursos cognoscitivos e incluyen aquellos sentimientos que producen éxtasis, dicha, alegría, satisfacción, etc.”

Algunas de estas variables de interés dentro de la Psicología Positiva formarán parte de esta investigación. Contemplaremos el optimismo, la felicidad y el bienestar psicológico, las cuales serán definidas como variables de trabajo, pero la autora ha considerado importante ampliar sobre las mismas en el próximo apartado.

1.4.1 Optimismo

Una de las variables que ha cobrado relevancia en los últimos años corresponde al optimismo, el cual actuaría como un factor moderador intermedio en la salud y los comportamientos de las personas, ya que serviría como elemento motivador de las conductas que promueven el cambio y la acción humana. (Avia y Vázquez, 1999; Carver y Sheier, 2001). Citado por Ortiz, J; Ramos, N; Vera, P (2008)

Vera Poseck, B. (2006) recopila información sobre el optimismo, y nos lo reseña como una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peterson y Bossio, 1991; Sheier y Carver, 1993), ha hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la Psicología Positiva. Desde entonces, muchos estudios que muestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). Citado por Vera, B (2006)

La autora continúa indicando que “el optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002). Desde un punto de vista evolucionista, es considerado

además como una característica de la especie humana seleccionada por la evolución por sus ventajas para la supervivencia (Taylor, 1989)”.

El optimismo es una de las fortalezas que proporciona mayor bienestar (Peterson, 2000; Schneider, 2001; Lyubomirsky, 2001), lo cual se relaciona con las expectativas que las personas tienen acerca del futuro (Carver y Scheier, 2001); es una disposición o creencia estable y generalizada de que ocurrirán cosas positivas (Scheier & Carver, 1987). Citado por F. Contreras (2006).

De acuerdo con estudios realizados, el optimismo disposicional se relaciona, de manera positiva, con las estrategias de afrontamiento favorables (planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, afrontamiento focalizado en el problema y afrontamiento adaptativo) y, de manera negativa, con estilos de afrontamiento considerados desadaptativos (centrado en las emociones, negación, distanciamiento conductual, consumo de sustancias y afrontamiento) (Chico, 2002). Citado por Contreras, F. (2006). De acuerdo con lo anterior, los sujetos optimistas suelen presentar mejores habilidades de resolución racional de problemas (Diener & Lucas, 1999). Citado por F. Contreras (2006).

Otra teoría que explica el optimismo es la teoría de los estilos explicativos optimistas-pesimistas (Seligman, 1992, 1998) y que hacen referencia a la forma como nos explicamos cotidianamente los eventos de nuestras vidas, los cuales pueden hacer variar nuestra motivación, reducir nuestra persistencia y hacernos vulnerables a una depresión. (Ghilleham, Shatté, Reivich y Seligman, 2001). Citado por Jade Ortiz. (2003).

La investigación ha mostrado que enseñar optimismo a los niños puede ser efectivo para prevenir en ellos síntomas depresivos utilizando el entrenamiento cognitivo y la terapia de resolución de problemas sociales (Jaycox, Reivich, Guilleham & Seligman 1994; Seligman,

Reivich, Jaycox, & Guillham, 1995). Contrariamente, las personas pesimistas tienen ocho veces más posibilidades de deprimirse cuando se presentan contratiempos, rinden menos en los estudios, en los deportes y en la mayoría de los trabajos; tienen peor estado de salud, de una vida más corta y mantienen relaciones interpersonales más inestables (Seligman, 2005). Citado por Vera, B (2006).

1.4.2 Felicidad

La felicidad es, quizás, uno de los términos que más utiliza un ser humano a lo largo de su existencia. Sorprende revisar la historia y ver cómo la idea de la felicidad está en la consciencia del hombre desde épocas anteriores a Cristo.

Decía Sócrates (470 a. C. – 399 a. C.): “El secreto de la felicidad no se encuentra en la búsqueda de más, sino en el desarrollo de la capacidad para disfrutar de menos”.

Platón (427 a. C. – 347 a. C.) también hace referencia a la felicidad, cuando dice: “el hombre que hace que todo lo que lleve a la felicidad dependa de él mismo, ya no de los demás, ha adoptado el mejor plan para vivir feliz”.

Aristóteles, discípulo de Platón, sostenía que todos los hombres perseguían la felicidad. “Las grandes bendiciones de la humanidad están dentro de nosotros y a nuestro alcance. El sabio se contenta con su suerte, sea cual sea, sin desear lo que no tiene”. Séneca (4 a. C.- 65 d. C.)

J. Rodríguez, (2016), en relación a la felicidad, argumenta:

“Durante estas primeras décadas del siglo XXI, se consolida aceleradamente una nueva dimensión social como meta. Parece que entramos en una nueva era conceptual alrededor de la felicidad, como retomada dimensión clave de la

existencia y vida individual y social. La felicidad se consolida como elemento socialmente legítimo y como “nueva” meta individual y social desplazando (reduciendo la importancia) de las metas de supervivencia y bienestar.

Conceptualmente, la felicidad abandona su reclusión en el espacio de aquello ambiguo, inmaterial, filosófico, utópico o esotérico, y entra en un espacio de producción que la concretiza, delimita, mide, objetiviza, materializa, y la hace posible ahora y aquí”.

Para la Psicología Positiva, la felicidad se asocia positivamente al desarrollo y práctica de las fortalezas del carácter (*strengths of character*), relativas a seis tipos de virtudes. Se relacionaría de manera consistente y robusta con la esperanza u optimismo, el entusiasmo, la gratitud, amar y ser amado, y la curiosidad, y débilmente con la modestia y otras de orden intelectual, como la apreciación de la belleza, la creatividad, el juicio o razonamiento crítico y el amor al aprendizaje o gusto por aprender. García, J. (2014).

Margot, J. (2007) profundiza aún más en el concepto de felicidad y establece que está ligada al tiempo y que “exige estabilidad y continuidad. Pensar que la felicidad puede llegar a acabarse es viciar el momento feliz que vivimos, con la angustia de que cesará. Este carácter temporal permite distinguir entre felicidad y placer. Felicidad no es placer, ya que este último indica la satisfacción momentánea de una tendencia particular; sigue siendo limitado, superficial y efímero. La felicidad es, por el contrario, la tonalidad global de toda una vida, al menos de un período de ésta y, paradójicamente, es poco común que la felicidad sea vivida como un presente que se eterniza”.

Las personas felices son más sociables, y existe motivo para pensar que su felicidad se debe a un alto nivel de socialización satisfactoria (Seligman, 2005). La propuesta teórica

de Seligman sobre felicidad es simple y puede ser analizada en función de cinco elementos: emociones positivas, el compromiso, significado, logros y relaciones interpersonales positivas.

De acuerdo con un estudio realizado por Diener y Seligman (2002), y citado por Contreras, F (2006), las personas que puntuaron alto en una escala de felicidad fueron más sociables y mantuvieron relaciones afectivas y sociales más estables que las personas que puntuaron bajo en la misma escala. Así mismo, obtuvieron mayores puntajes en la escala de extraversión y menores en la de neuroticismo; también, puntuaron más bajo en algunas escalas de psicopatología, de acuerdo con el MMPI. Los resultados de este estudio sugieren que las personas más felices tienen un sistema emocional funcional que les permite reaccionar apropiadamente ante los eventos de la vida.

1.4.3 Bienestar psicológico – Salud mental positiva

De acuerdo a Carol Ryff, Referida por Regina, C (2005), el bienestar psicológico suele ser la resultante de afrontar adecuadamente las situaciones de estrés de la vida cotidiana, pero a la vez una persona con alto nivel de bienestar está mejor preparada y, de hecho, afronta mejor las demandas y desafíos del ambiente.

Esta autora, cuyas raíces de pensamiento provienen de la corriente cognitivo-conductual vincula las teorías del desarrollo humano óptimo con el funcionamiento mental positivo (Ryff, 1989, Ryff, 1995). Citado por Regina, C. (2005). Posteriormente, formula el llamado Modelo de Bienestar Psicológico, con seis dimensiones del bienestar: apreciación positiva de sí mismo, capacidad para manejar de forma efectiva la vida, alta calidad de los vínculos personales, creencia de que la vida tiene significado, sentimiento de que se va creciendo y sentido de autodeterminación.

Es importante ver al individuo de manera integral y considerando la etapa de desarrollo en la que se encuentra (Ryff & Singer, 2008), las actividades que realiza y los roles que tiene; citado por Rodríguez, R (2012) quien agrega: “al tomar estos factores en consideración, no podemos olvidar que las diversas etapas de desarrollo equivalen a retos particulares y que, para sobrellevarlos, la persona debe contar con condiciones o características mínimas. Por tanto, cuando una persona es llamada a hacer una evaluación de su bienestar psicológico o cómo lo percibe, factores socioeconómicos, laborales, relacionales y ambientales impactan su noción de bienestar y la evaluación que hace sobre ello”.

Hay una gran variedad de definiciones de bienestar, basadas en el instrumento de medición utilizado (Diener, 1994). Se expondrán las más relevantes que han sido citadas por Benatuil, D (2003):

Veenhoven (1991) conceptualiza al bienestar como el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. Andrews y Withey (1976) definen al bienestar subjetivo tomando en cuenta los aspectos cognitivos y los afectivos (afecto positivo y negativo). Campbell, Converse y Rodgers (1976) aluden a la satisfacción vital como un componente cognitivo, resultante de la discrepancia entre las aspiraciones y los logros obtenidos. Estos autores coinciden en la conceptualización de la satisfacción como un juicio cognitivo y la felicidad como experiencia afectiva positiva o negativa. Diener (1994) propone que el bienestar psicológico posee componentes estables y cambiantes al mismo tiempo. La apreciación de los eventos se modifica en función del afecto negativo y positivo predominante. El bienestar psicológico es estable en el largo plazo, pero experimenta variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes. Para Diener, Suh y

Oishi (1997), el bienestar indica la manera en la que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal, el matrimonio, la ausencia de depresión y la experiencia de emociones positivas.

Entre los antecedentes del estudio de las bases del bienestar se encuentra el trabajo de Maria Jahoda (1958) sobre el concepto de salud mental. Jahoda presentó un modelo en el que se incluyeron las características que definirían un estado de salud mental positiva.

Este modelo, entre otros, sirvió de inspiración para un modelo más reciente y de gran expansión desarrollado por Carol Ryff (1989), citado por G. Hervás. (2009). Una de las peculiaridades de este modelo es que plantea el bienestar como el reflejo de un funcionamiento psicológico óptimo. En consecuencia, sugiere que el elemento hedónico –el balance entre las emociones positivas y negativas– puede ser independiente del bienestar. Es decir, una persona podría sentirse plena de bienestar psicológico y experimentar frecuentes emociones negativas y pocas emociones positivas debido a las circunstancias Citado por G. Hervás. (2009).

Además del modelo de Jahoda y de Carol Ryff, existen otros teóricos que han desarrollado sus modelos de bienestar, entre los que se cuentan el modelo según la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan, el modelo de bienestar y salud mental de Keyes y el modelo de las tres vías de Seligman.

1.5. Intervenciones con Psicología Positiva

Según Vazquez C (2006), los datos sobre las condiciones psicológicas que mantienen el bienestar son ya muy numerosos y han demostrado consistentemente algunas cuestiones que hay que tener en cuenta desde la Psicología en general y la Psicología Clínica en particular. Algunos de los más relevantes, a los que hace referencia, son los siguientes:

- a. La mayor parte de la gente, en la mayor parte del mundo, se encuentra por encima del punto medio de las escalas en medidas de satisfacción vital (Diener y Diener, 1996). Citado por Vázquez, C (2006).
- b. El paisaje emocional habitual de los seres humanos es positivo. La frecuencia e intensidad de las emociones positivas es mayor que la de las negativas en cualquier edad (Charles et al., 2001). Citado por Vázquez, C (2006).
- c. Los factores como sexo, ingresos económicos, inteligencia, la salud, etc. tienen un peso muy pequeño en la explicación del BPS (Myers, 2002; Argyle, 1999; Diener y Seligman, 2004). Los procesos psicológicos y las variables motivacionales y de personalidad (i.e. extraversión) juegan un papel más significativo en el BPS (Avia, 1997; Avia y Vázquez, 1998). Citado por Vázquez, C (2006).
- d. Aunque la emocionalidad positiva está ligada a factores genéticos, hay una parte importante que depende de circunstancias vitales y, sobre todo, de factores controlables intencionalmente (Lyubomirsky et al., 2005). Citado por Vázquez, C (2006).
- e. Otras variables psicológicas como el optimismo, la inteligencia emocional, o una baja tendencia a la comparación social, aparecen habitualmente ligadas a un mayor bienestar subjetivo (Avia y Vázquez, 1998; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Lyubomirsky, 2001). Citado por Vázquez, C (2006).
- f. El número y calidad de las relaciones sociales es un factor muy importante en la predicción del bienestar subjetivo (Diener et al., 1999). De hecho, es una característica necesaria —aunque no suficiente— de las personas más felices (Diener y Seligman, 2002). Citado por Vázquez, C (2006).

Según Barragán, A (2012), la aparición de la Psicología Positiva ha permitido también realizar un gran número de estudios en relación a las emociones. Se ha descubierto que

algunas emociones positivas como la seguridad, la confianza y la esperanza, son mucho más útiles en momentos difíciles de la vida que cuando ésta es fácil (Seligman 2002), por lo que cumplen un valor adaptativo mayor al de las emociones negativas como la tristeza o la ira. En el plano terapéutico, estos estudios también han resultado benéficos. De acuerdo con varios autores, el dotar de significado positivo a pacientes puede predecir la recuperación de estados afectivos deprimidos y, en consecuencia, del bienestar psicológico a largo plazo. (Folkman, Chesney, Collette, Boccillari y Cooke. 1996).

Otra ventaja adyacente de este campo de la Psicología es que su estudio ha permitido crear un “lenguaje de las emociones”. Como es bien sabido, nuestro lenguaje alberga más términos para las emociones negativas que para las positivas. En la actualidad, esta dominancia verbal sigue manteniéndose, pero son cada vez más los teóricos que albergan nuevos términos en la Psicología Positiva. Conceptos como resiliencia, elevación y fluidez, que encuentran relación con la Psicología Humanística, aunque sin ser sinónimos. Citado por Ramsés, A. (2012).

1.6. La Psicología Positiva en Latinoamérica

En el caso de América Latina, cuesta encontrar los inicios propiamente dicho de la Psicología Positiva. Sin embargo, el primer artículo encontrado con esta distinción, pertenece a la principal representante de la Psicología Positiva en la Argentina, María M. Casullo, en el año 2000. En el mismo año la autora publica la creación de una escala para evaluar el bienestar psicológico (BIEPS) en adolescentes según el modelo de Ryff (Casullo & Castro Solano, 2000), encuadrando estos estudios dentro del paradigma de la Psicología Positiva. Así lo refiere Castro, A (2013) en una amplia investigación y documentación sobre la historia de la Psicología Positiva en el continente Americano, y de la cual haremos

buen uso en este apéndice para ilustrar a otros investigadores de la materia en sus inicios y avances.

María Martina Casullo ubicaba en la década de 1980 el surgimiento del concepto de promoción de la salud, que anticipa el enfoque salugénico en el campo de las ciencias sociales. Al mismo tiempo, definía a la psicología salugénica o positiva como un nuevo paradigma de reflexión teórica y metodológica (Casullo, 2000).

Paralelamente a estos desarrollos científicos, hubo una preocupación por la formación profesional del psicólogo en temas de Psicología Positiva de forma muy temprana. Así en la licenciatura en psicología de la Universidad de Palermo (Buenos Aires, Argentina) se incluyó a la Psicología Positiva como asignatura obligatoria en la Licenciatura en Psicología en el 2002. Castro, A. (2013) .

Señala Castro (2013) que la Psicología Positiva se integraba bien a los abordajes tradicionales del psicólogo del momento y era bien recibida tanto por el público en general como por los profesionales de la psicología, al igual del evidente ingreso en los ámbitos académicos y universitarios.

En el caso de Brasil, en el 2010 se creó la Asociación de Psicología Positiva para América Latina y realizó la primera conferencia brasileña de Psicología Positiva en 2011. También se han llevado a cabo investigaciones sobre satisfacción con la vida, flow, emociones positivas, autoestima y felicidad en los campos de la Psicología Educativa. También se han validado algunos instrumentos basados en Psicología Positiva. En 2015 tuvo lugar el segundo simposio en el país. Castro, A. (2013) .

En Chile, se creó la Asociación Chilena de Psicología Positiva (2015). En Perú, y no obstante haber sido señalada la Psicóloga María Martina Casullo, como la pionera de la Psicología Positiva en América Latina por su primera publicación en el año 2000, como ya

hemos mencionado, hay quienes se oponen a esto por haberse encontrado de más vieja data, un par de artículos relacionados a la salud y la gratitud en este país. Arias, Huamani y Espiñeira (2017)

Como fuere, lo cierto es que Argentina ha logrado un importante avance en la institucionalización de la Psicología Positiva, en torno a la figura de la Dra. Casullo, quien no solo fue la principal promotora de la Psicología Positiva en Argentina, sino que fundó la revista *Psicodebate* el año 2000 y la dirigió hasta el año de su prematuro fallecimiento en el 2008. Esta revista se ha caracterizado, y no por casualidad, por tener un marcado acento en temas de la Psicología Positiva. Castro, A. (2013). Casullo también creó la cátedra de Psicología Positiva en la Universidad de Palermo con énfasis en los enfoques salutogénicos (Marileñarena-Dondena, 2012), y realizó estudios pioneros sobre el perdón en América Latina (Casullo, 2005; Casullo y Fernández-Liporace, 2005). Así como ella, psicólogos argentinos como Alejandro Castro, Luciana Marileñarena, Elena Zubieta, Mariana Gancedo o Nestor Alfieri, son promotores de la Psicología Positiva. Citado por Arias, Huamani y Espiñeira (2017)

En el Perú, la Psicología Positiva se formaliza el año 2008 con la fundación de la Sociedad Peruana de Psicología Positiva, por iniciativa de Reynaldo Alarcón. En el campo de la psicometría, Alarcón ha diseñado y validado pruebas psicológicas sobre diferentes constructos de la Psicología Positiva, como felicidad (Alarcón, 2006), optimismo (Alarcón, 2013) y gratitud (Alarcón, 2014b). Castro, A (2013). De hecho, la Escala de Felicidad de Lima de Alarcón ha sido utilizada en diversos estudios en América Latina, de países como Chile, México, Venezuela y Colombia, además de Perú (Árraga y Sánchez, 2012; Toribio, González, Valdez, González, & Van Berneveld, 2012; Torres, Moyano-Díaz & Páez, 2014; Núñez, González, & Realpozo, 2015; Arias, Caycho, Ventura, Maquera, Ramírez y

Tamayo, 2016); lo que da cuenta de su impacto en la comunidad académica latinoamericana. Castro, A (2013)

En la actualidad, España es el país de habla hispana que cuenta con mayor difusión de la Psicología Positiva a través de publicación de libros, revistas y números de monografías; así como varios autores orientados a la investigación y a aplicación de sus principios y propuestas teóricas (Marisa Salanova, Carmelo Vázquez, Gonzalo Hervás, etc.). Citado por Arias, Huamani y Espiñeira (2017)

1.7 Algunos hallazgos desde la Psicología Positiva, sobre el bienestar en adolescentes.

En consonancia con el gran desarrollo que ha alcanzado la Psicología Positiva, durante los últimos años ha aumentado el interés de los investigadores por los aspectos positivos de la adaptación psicológica de los adolescentes, lo cual ha llevado a investigar en esta etapa del desarrollo temas como la calidad de vida (Avendaño y Barra, 2008; Urzúa y Mercado, 2008) y el bienestar subjetivo (Castellá et al., 2012; Dinisman, Monserrat y Casas, 2012; Tomy y Cummins, 2011; Verdugo et al., 2013). Citado por San Martín, J, & Barra, E. (2013). Dentro de los componentes del concepto de bienestar subjetivo, la satisfacción vital es el elemento más cognitivo y corresponde a la evaluación global respecto a la totalidad de la propia vida (Antaramian y Huebner, 2009; Diener, Scollon y Lucas, 2009). Citado por San Martín, J, & Barra, E. (2013)

Velásquez y cols. (2008) señalan que en un mundo fuertemente competitivo como el actual, los sujetos jóvenes universitarios deben enfrentar el embate de una serie de demandas sociales y académicas que el medio circundante les exige, y que a veces exceden su capacidad para estar a la altura de las circunstancias, ya que en esta etapa de la vida no

solo están sometidos a la evaluación continua de sus maestros, maestras y autoridades, sino también de los miembros del grupo al cual pertenecen y con el que se relacionan cotidianamente. Citado por: Verdugo L., Ponce de León-Pagaza, B y Guardado-Llamas, R. E. (2013).

Dentro de las variables psicosociales asociadas al bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento presentan contribuciones significativas, ya que son mecanismos que los individuos utilizan para minimizar los efectos del estrés (Domínguez & cols., 2006; Cano & cols., 2007). Citado por: Verdugo L., e.d. al (2013).

Algunos autores y autoras indican que en los últimos años se han hecho varias investigaciones en Iberoamérica sobre el bienestar subjetivo, abarcando aspectos tales como la personalidad, el disfrute, el orden social, la salud mental, y el afrontamiento (Velásquez & cols., 2008; Rivera-González, 2011). Citado por: Citado por: Verdugo L., e.d. al (2013).

Al respecto, se ha encontrado en la literatura científica a nivel psicosocial, que las emociones positivas se asocian con la protección psicosocial (mayor conexión social y apoyo social percibido), el optimismo y un estilo de afrontamiento más adaptativo (Seligman, 2005). Citado por Quiceno, J, & Vinaccia, S. (2014). Estos autores también nos resumen las impresiones provenientes de diferentes investigadores dentro del ámbito de la Psicología positiva, y que enunciamos textualmente a continuación:

- “Todo esto (el bienestar subjetivo) reduce el riesgo de resultados adversos contra la salud física (Steptoe, Dockray y Wardle, 2009)”.
- “Las emociones positivas favorecen la madurez psicológica, aumentan la felicidad, la supervivencia (Carr, 2007; Fredrickson, 2004a; Fredrickson y Losada, 2005; Lyubomirsky, 2008), el bienestar (Hernangómez, Vásquez y Hervás, 2009), la

autoestima (Góngora, 2008), los sentimientos de gratitud (Emmons y Shelton, 2002; Fredrickson, 2004b) y la autotrascendencia, ya que las emociones positivas que genera la espiritualidad fomentan la sensación de que la vida tiene sentido y ayudan a encontrar un significado positivo a los acontecimientos cotidianos y a los momentos de adversidad (Saroglou, Buxant y Tilquin, 2008)”.

- “También se ha encontrado en revisiones de estudios una fuerte asociación de las emociones positivas con la resiliencia y el optimismo, especialmente cuando las personas se enfrentan a situaciones o sucesos duros o difíciles de la vida (Carrobbles y Benavides-Pereira, 2009; Fernández-Abascal, 2009; Maganto y Maganto, 2010; Martín, 2009; Philippe, Lecours y Beaulieu-Pelletier, 2009), ya que los adolescentes que tienen las habilidades para ser resilientes tienen una menor probabilidad de deprimirse y una mayor probabilidad de mantener el bienestar emocional, la autoeficacia, el pensamiento optimista y servicial y el mantenimiento de una orientación de éxito y favorable calidad de vida (Noble y McGrath, 2005)”.

La calidad de vida infantil (CVI), según J.M. Quiceno, se define como "la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño(a) y adolescente dentro de un contexto cultural específico, de acuerdo a su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales".

Agrega J. M. Quinceno, que en esta área se cuenta con un paulatino aumento de investigaciones en los últimos años, ya sea para validación de pruebas o estudios que buscan analizar las relaciones de algunas patologías con este constructo, siendo éstos mayores en países anglosajones que en hispanoparlantes, y desde una posición más biomédica, encontrándose a nivel general una percepción más desfavorable de la calidad de

vida relacionada con la salud (CVRS) de los niños y adolescentes que presentan alguna patología física, respecto a muestras de poblaciones de niños y adolescentes sanos.

De otro lado, la CVRS se ve vulnerada por los estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión o los autoesquemas como la autoestima y la autoimagen. Quiceno, J, & Vinaccia, S. (2014).

En el año 2002, se publica el primer estudio sobre el bienestar psicológico, bajo el título El bienestar psicológico en Iberoamérica (Casullo, 2002). Se trata de un libro editado en español que ilustra sobre los resultados de la evaluación del bienestar psicológico (modelo de Ryff) en Argentina, Perú, Cuba y España (Valencia). Podríamos decir que es el primer estudio sobre el bienestar psicológico regional en el que se comparan diferentes países latinos. Asimismo, la obra incluye las características psicométricas y los baremos poblacionales de las diferentes regiones estudiadas. María Martina Casullo dirigió dos proyectos de investigación en su sede de trabajo, la Universidad de Buenos Aires, desde inicios de la década de 2000, hasta el año de su fallecimiento en el año 2008. Citado por Castro, A (2013).

En el año 2009, a instancias de su director ejecutivo (James Pawelski), se crea la Red iberoamericana de Psicología Positiva integrada por Argentina, México, Venezuela, Brasil, Uruguay y España. Esta red tiene como objetivo fomentar el encuentro entre profesionales de los países latinos a los efectos de la diseminación de la PP en el cono sur americano. Citado por Castro, A (2013).

En dos estudios referidos por el mismo autor, Alejandro Castro (2013), para medir el impacto de la Psicología Positiva en América Latina, entre los años 2006 y 2011:

El primero sobre un análisis temático de los trabajos presentados en los 6 eventos científicos (Encuentros Iberoamericanos de Psicología Positiva) durante el período 2006/2011 y, el segundo, sobre publicaciones indexadas en 2 revistas de corte científico reconocidas en la región, de artículos sobre Psicología Positiva, entre el 2000 y el 2012.

Los resultados de Castro (2013), fueron los siguientes:

- a) Un análisis temático del contenido de los 610 artículos permitió identificar a solo 32 de ellos con temáticas relacionadas con la Psicología Positiva y realizadas por autores latinoamericanos. Esto implica que apenas el 5% de las publicaciones (peer-reviewed) trataban de temas afines a la psicología positiva. Castro, A. (2013).
- b) Si tomamos en cuenta tres períodos diferenciados de desarrollo de la Psicología Positiva (orígenes 1998-2002; fase de consolidación 2003-2007; expansión 2007-2012) podemos apreciar que el 60% de estos artículos están ubicados en el último período. Se tomó como fecha de corte la creación de la IPPA en el 2007. Castro, A. (2013).
- c) Las tres cuartas partes de esos artículos están en relación con las temáticas de los vínculos y las relaciones interpersonales, el estudio del bienestar, los valores, la calidad de vida, la creatividad y el flow. Los constructos más modernos sobre los que la psicología positiva innova (fortalezas, organizaciones positivas, emociones positivas, gratitud, perdón, etc.) casi no tienen lugar en las publicaciones científicas mencionadas a excepción del bienestar psicológico. Castro, A. (2013).
- d) Finalmente el 80% de los artículos son originarios de solo 4 países: México, Chile, Brasil y Argentina, que son asimismo los países que registran tasas más altas de productividad científica. Castro, A. (2013).

ADOLESCENCIA

2.1 Definición

En las sociedades industriales modernas, el paso de la niñez a la edad adulta está marcado por un largo período de transición conocido como adolescencia. Por lo general, se considera que la adolescencia inicia con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad. Papalia,, Wendkos y Duskin. (2002).

El tiempo de inicio de la adolescencia es desde los 11 ó 12 años y culmina a los 20 años y conlleva grandes cambios interrelacionados en todas las áreas del desarrollo. Papalia,, Wendkos y Duskin. (2002)

La OMS define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este período pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. En la última década, varios teóricos del desarrollo han coincidido en adelantar el inicio del período de la adolescencia a los 10 años.

Como la adolescencia está asociada al inicio de la pubertad, los cambios físicos y emocionales son quizás los más notorios a lo largo del desarrollo humano, comparados solamente con el crecimiento y evolución en la etapa de lactancia. Se sabe que durante la pubertad el cuerpo experimenta una gran producción de hormonas sexuales a las que se adjudican los cambios físicos del adolescente. Al inicio, en ambos sexos se hará notorio un aumento de vello púbico y axilar, y al tiempo se desarrollarán las características primarias y secundarias sexuales, propias de cada género: en las niñas, aumentará el tamaño de sus

genitales y de los senos, y en el varón ocurrirá lo mismo con el tamaño de sus genitales, además de aumentar la masa muscular y más notoriamente el vello corporal.

Otros cambios físicos que ocurren durante la pubertad son el llamado “estirón del adolescente”, que afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares. Incluso los ojos crecen más rápido, originando una miopía en ese período (Papalia, 2002). También son latentes el cambio hacia una voz más grave. El cambio más significativo sea, quizás, la maduración de los órganos reproductivos, por lo que el organismo del adolescente está biológicamente apto para la concepción.

Pero los cambios originados por el incremento en la producción de andrógeno y estrógeno traen consigo también cambios emocionales y psicológicos, pues el torbellino de cambios físicos y biológicos del adolescente, requieren de una gran adaptación de su parte en la asimilación propia de lo que estos cambios le generan, y la presión que le implica como nunca su medio, que ha pasado drásticamente de “los dominios” de sus padres, a la percepción de una exigencia más amplia del entorno.

Se dice que la mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que por cualquier otro aspecto de sí mismos, y a muchos no les gusta lo que ven en el espejo (Papalia, 2002). También se reporta que el conflicto familiar, la depresión y la conducta riesgosa son más comunes que durante otras etapas del ciclo vital (Arnett, 1999, Petersen et al., 1993). Muchos adolescentes se sienten cohibidos, avergonzados, torpes, solitarios, nerviosos o ignorados (Larson y Richards, 1994). Citado por Papalia, Wendkos y Duskin. (2002).

También se sabe que las emociones negativas y los cambios en el estado de ánimo son más intensos durante la adolescencia temprana, debido quizás a los eventos estresantes vinculados con la pubertad. No obstante, es lo esperado, que esas emociones suelen

tornarse más estables durante la adolescencia tardía. (Larson, Moneta, Richards y Wilson, 2002). Citado por Papalia,, Wendkos y Duskin. (2002).

Sureda I. (1998) nos trae una óptica desde la teoría sociológica de la adolescencia, que se centra en dos puntos principales. Un primer punto considera que los adolescentes tienen que enfrentarse a situaciones sociales, en la que la posición y los roles sociales son ambiguos y mal definidos. Mientras un segundo punto aborda cómo el contexto social condiciona al adolescente a actuar y a pensar de una determinada manera, al haber la sociedad tipificado una serie de actitudes, conductas e ideologías como propias de una etapa adolescente. Desde este enfoque se destaca que los adolescentes no son únicamente pubers, sino que la estructura social y cultural conforma el fundamento que explica y predice los comportamientos individuales de los jóvenes.

Desde la Psicología, la bibliografía coincide en reconocer que Stanley Hall fue el primer psicólogo en formular una teoría de la adolescencia, la cual planteaba que los cambios físicos más importantes de esta etapa, causan cambios psicológicos importantes. Los esfuerzos de los jóvenes para adaptarse a su cuerpo en proceso de cambio llevan a un periodo de tormenta y estrés, el cual es inevitable y del que emergerán moralmente más fuertes. N. Henríquez S. (2010).

Hall tomó el concepto darwiniano de la evolución biológica, aplicándolo al género humano para explicar el desarrollo de cada individuo. De esta manera, Hall entendía que el individuo vuelve a vivir el desarrollo de la raza humana desde un primitivismo animal, través de un período de salvajismo, hasta los modos de vivir civilizados más recientes que caracterizan la madurez. Sureda, I. (2012). Suponía que ese desarrollo obedece a factores fisiológicos que están determinados genéticamente, mientras fuerzas directrices interiores controlan y dirigen predominantemente el desarrollo, el crecimiento y la conducta del

joven. Este autor sostenía que algunos tipos de conducta socialmente inaceptables, característicos de fases históricas del pasado, deben ser tolerados por padres y educadores, puesto que son etapas necesarias del desarrollo social del individuo. Sureda, I. (2012).

Coleman (2003) indica que con los cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad, está la formación de una identidad autónoma, de “desalienación” a las viejas dependencias. La adolescencia supone la búsqueda de otros objetos y nuevos lazos afectivos que favorecen el desvinculamiento parental, llegando a una independencia psicológica y económica. Otro cambio importante, prosigue, se establece a nivel cognitivo, esta etapa se libera de unas estructuras simples y apegadas a lo inmediato para desarrollar previsiones y seleccionar posibilidades entre el conjunto de las posibles.

Finalmente, y dentro de esta conceptualización de la adolescencia, es importante nombrar términos como el yo, la identidad y el autoconcepto, comúnmente asociados a la adolescencia. Coleman considera que este período es, de hecho, tanto una época de cambio, como de consolidación y hay varias razones para ello. En primer lugar, por los importantes cambios físicos ya mencionados, los cuales traen consigo una alteración en la imagen del cuerpo y, de este modo, en el sentido del yo. En segundo lugar, el crecimiento intelectual (desarrollo cognoscitivo), hace más complejo y perfeccionado dicho autoconocimiento. Se cree, en tercer lugar, que es probable que se produzca un cierto desarrollo del autoconcepto, como resultado de la independencia emocional creciente, el planteamiento de decisiones relacionadas con la ocupación, los valores, el comportamiento sexual, las elecciones de amigos, etc. Y, por último, parece probable que la naturaleza transicional del período adolescente y, en especial, los cambios que siente por el rol experimentado en esta época, también estén asociadas con algunas modificaciones del autoconcepto. En conclusión, la manera en que los jóvenes se comprenden y perciben a sí mismos y su propia actividad y

personalidad, tienen un poderoso efecto sobre sus reacciones posteriores a diversos acontecimientos de la vida. Coleman, (2003).

No obstante la amplitud del tema, por la cantidad y calidad de cambios ya mencionados, para la presente investigación nos abocaremos a información sobre el adolescente que dé referencia al lector, de los temas que se involucran en esta tesis, y que seguimos ampliando a continuación.

2.2 Aspectos de la maduración cognoscitiva en los adolescentes.

En relación al pensamiento adolescente, Vygotski considera que el aspecto clave para caracterizarlo es la capacidad de asimilar (por primera vez) el proceso de formación de conceptos, lo cual permitirá al sujeto, de esta edad de transición, apropiarse del "pensamiento en conceptos" y su paso a una nueva y superior forma de actividad intelectual; es esa forma de pensamiento verbal lógico la única que permite al sujeto la expresión correcta del conocimiento científico. Alida Faroh (2007).

Cabe agregar que la concepción vigotskiana acerca del desarrollo cognoscitivo en el adolescente, si bien el autor contempla en ese proceso el desarrollo orgánico general del individuo, también da importancia prioritaria al desarrollo histórico cultural de éste y considera las funciones psíquicas superiores como producto del desarrollo histórico de la humanidad. Alida Faroh. (2007). Siendo así, existe una unidad indisoluble entre la estructura y la función, donde a cada paso nuevo en el desarrollo de contenidos del pensamiento se adquirirán nuevos mecanismos de conducta, que permitirían el paso a una etapa superior de operaciones intelectuales. Alida Faroh. (2007).

Desde la perspectiva de Piaget, los adolescentes entran al nivel más alto de desarrollo cognoscitivo, las operaciones formales, pues desarrollan la capacidad para el pensamiento abstracto, también llamado pensamiento maduro. Papalia,, Wendkos y Duskin. (2002).

La persona en la etapa de las operaciones formales, pueden integrar lo que han aprendido en el pasado con los desafíos del presente, y hacer planes para el futuro. La habilidad para pensar de manera abstracta también tiene implicaciones emocionales. Antes el niño podía amar a un padre u odiar a un compañero. Ahora el adolescente, puede amar la libertad u odiar la explotación... lo posible y lo ideal, cautivan la mente y el sentimiento. H Ginsburg y Opper, (1979). Citado por Papalia, e.t. al (2002).

Entre las nuevas capacidades que adquiere el adolescente, quizás la más relevante sea la capacidad para construir proposiciones “contrarias a los hechos”. Este cambio se ha descrito como un desplazamiento de énfasis en el pensamiento adolescente, de lo “real” a lo “posible” y facilita un enfoque hipotético deductivo para la resolución de problemas y para la comprensión de la lógica proposicional. También permite al individuo aceptar las nociones de probabilidad y creencia. Papalia, e.t. al (2002).

Nos parece importante agregar que la investigación neopietagana sugiere que los procesos cognoscitivos de los niños están estrechamente vinculados con un contenido específico (aquello en lo que piensan los niños) así como el contexto de un problema y las clases de información y pensamiento que una cultura considera importante (Case y Okamoto, 1996). Citado por Papalia, e.t. al (2002).

Elkind (1967) nos permite dar un tratamiento más completo al trabajo de Piaget, con su desarrollo de la noción de egocentrismo en la adolescencia. Hemos visto como el comportamiento del adolescente es egocéntrico, se tornan respondones, desafiantes, en franco enfrentamiento a las normas que antes parecían no irritarle. Suelen ser groseros,

indecisos, temperamentales y comienzan a hacer elecciones, sólo tomando en cuenta sus necesidades. Papalia, e.t. al (2002). De acuerdo a Elkind, dicha conducta surge de las aventuras inexpertas de los adolescentes en el pensamiento de las operaciones formales. Esta nueva forma de pensamiento, que fundamentalmente transforma la manera en que se miran a sí mismos y al mundo, les resulta tan poco familiar como la nueva forma del cuerpo, y en ocasiones se sienten igual de torpes con su uso. A medida que prueban sus nuevos poderes, en ocasiones pueden tropezar como un bebé que aprende a caminar. Papalia, e.t. al (2002).

Elkind (Citado por Papalia, e.t. al (2002), describe las características de esta inmadurez manifiesta en el pensamiento adolescente, y comienza a darnos muy buenas referencia de temas que ahondaremos en el próximo apéndice sobre conducta:

1/Idealismo y carácter crítico: a medida que prevén un mundo ideal, se dan cuenta de lo lejos que está de serlo el mundo real. Están convencidos que saben más que los adultos de cómo funciona el mundo y con frecuencia encuentran defectos en sus padres.

2/Tendencia a discutir: buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento formal.

3/Indecisión: aunque pueden mantener varias alternativas al mismo tiempo, carecen de la experiencia y estrategias efectivas para elegir entre ellas. Aun siendo situaciones simples.

4/Hipocrecía aparente: a menudo no reconocen la diferencia entre la expresión de un ideal y los sacrificios que es necesario hacer para estar a la altura del mismo.

5/ Autoconciencia: ahora pueden razonar acerca del pensamiento, el suyo y el de otras personas. Sin embargo, en su pensamiento egocéntrico, a menudo creen que los otros

están pensando lo que ellos mismos piensan. Elkind llamó a esa autoconciencia, la audiencia imaginaria.

6/ Suposición de ser especial e invulnerable: el adolescente cree que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo. Para Elkind a esta forma especial de egocentrismo subyace a buena parte de la conducta de riesgo y a la autodestructiva del adolescente.

De gran interés a considerar en este trabajo, es también la teoría de Kohlberg sobre el razonamiento moral del individuo, el cual está dividido en tres niveles. Correspondería al nivel II, también llamado de moralidad convencional, el que está presente en los niños a partir de la adolescencia.

También llamada moralidad de conformidad con el rol convencional, en este nivel II las personas han interiorizado los estándares de las figuras de autoridad. Están preocupadas por ser “buenas”, agradar a los demás y mantener el orden social. Papalia, e.t. al (2002).

Kohlberg agregó más tarde un nivel de transición entre los niveles II y III, cuando las personas ya no se sienten atadas por los estándares morales de la sociedad, pero todavía no han razonado sus propios principio de justicia. Papalia, e.t. al (2002).

Agrega también Papalia, en relación a lo antes expuesto, que algunos adolescentes, e incluso algunos adultos, permanecen en el nivel I de Kohlberg. Y que al igual que los niños pequeños, buscan evitar el castigo o satisfacer sus propias necesidades. No obstante, prosigue, la mayoría de adolescentes (y adultos) están en el Nivel II, se conforman a las convenciones sociales, apoyan el status quo y hacen lo “correcto” para agradar a otros u obedecer la ley. Papalia, e.t. al (2002).

Para nuestro tema de estudio es importante apuntar como dato que la investigación ha apoyado generalmente la falta de una relación clara entre el razonamiento moral y la conducta moral. Esto indica que puede haber brecha entre lo que el adolescente asume desde su razonamiento moral y la conducta manifiesta. Puede un adolescente considerar que algo no está bien, o está opuesto a las normas o a lo que esperan los adultos, y sin embargo encontrar justificaciones cuando pasa la línea de dicha norma.

2.3 Estilos de crianza e influencia familiar.

Los individuos y sus familiares se influyen recíprocamente entre sí. Con este principio se asocia estrechamente Richard Lerner. Hace referencia al hecho de que ni el niño ni la familia son una entidad estática. Cada uno crece, se desarrolla y cambia y, lo que es más importante, influye en el otro en todo momento. La maduración del joven produce cambios en la familia, pero las alteraciones en el comportamiento de los padres y el funcionamiento familiar, al mismo tiempo, tienen efectos sobre el desarrollo adolescente. Coleman, C 2003.

Ni Piaget ni Kohlberg consideraron que los padres fueran importantes para el desarrollo moral de los niños, sin embargo, investigaciones posteriores enfatizan la contribución de los padres en los campos cognoscitivo y emocional. En un estudio, se pidió a los padres de 63 estudiantes de primero, cuarto, séptimo y décimo grado que hablaran con sus hijos acerca de dilemas hipotéticos y reales. Papalia, e.t. al (2002). Los niños y adolescentes que durante los dos años siguientes mostraron el mayor progreso a través de las etapas de Kohlberg, fueron aquellos cuyos padres habían usado el humor y el elogio, pero además los habían escuchado y preguntado sus opiniones. Esos padres habían planteado preguntas clarificadoras, reformulado las respuestas y se habían asegurado de que los niños entendieran los problemas. Razonaron con sus hijos a un nivel ligeramente superior al que

ocupaban sus hijos en ese momento, como en el método de andamiaje. En cambio los niños que menos avanzaron fueron aquellos cuyos padres sermonearon, cuestionaron o contradijeron sus opiniones. Papalia, e.t. al (2002).

En cuanto a los estilos de crianza, la investigación ha encontrado consistentemente que los beneficios de la crianza bajo un modelo de autoridad continúan durante la adolescencia. Papalia, e.t. al (2002). Los padres con autoridad instan a los adolescentes a mirar hacia ambos lados de los problemas, admiten que en ocasiones los hijos saben más que los padres y le dan la bienvenida a su participación en las decisiones familiares. Esos padres alcanzan un equilibrio entre hacer exigencias y ser sensibles. Sus hijos reciben elogio y privilegios por las buenas calificaciones, las malas calificaciones reciben aliento para esforzarse más y ofrecimientos de ayuda. Papalia, e.t. al (2002).

Otro dato a favor de lo anteriormente expuesto, nos lo ilustra también Papalia con el ejemplo que de 6.400 estudiantes de bachillerato en California, los hijos de padres con autoridad tenían un mejor desempeño en la escuela que los hijos de padres con modelo autoritario o permisivo (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Dornbush y Darlin, 1992). Los adolescentes criados con autoridad no sólo tienen mejor desempeño académico, sino que prestan mayor competencia social, mayor salud emocional y menos problemas de conducta que los niños criados de una manera autoritaria o permisiva (Glasgow, Dornbusch, Troyer, () (1997) – Citado por Papalia, e.t. al (2002).

2.4 El adolescente y la escuela.

Como si no fueran suficientes los cambios físicos, biológicos y psicológicos, asociados estos últimos a razones hormonales o de adaptación, el adolescente de 11 años ya es un joven que regularmente termina la educación primaria y debe en consecuencia exponerse a

otro desafío: ingresar a la escuela secundaria. En relación a la primaria, en la escuela secundaria el niño enfrenta más exigencia académica por los contenidos y sistemas de evaluación más demandantes, si viene de una primaria tradicional donde hay una maestra y algunos pocos maestros más para materias de menos peso, pasa ahora a una escolaridad caracterizada por un profesor por materia y un sistema de evaluación que suele ser o, por lo menos, percibirse como más exigente, toda vez que usualmente se carga de más actividades.

El éxito y disfrute escolar del adolescente va a depender de diversos factores: el ambiente positivo que pueda tener la escuela, la metodología de estudio y evaluación de los distintos profesores, la accesibilidad de éstos para atender las demandas de los chicos y sus desafíos durante la adolescencia, su capacidad de relacionarse con sus pares, en especial adaptarse a los cambios de salón y sección que suelen ocurrirse año tras año, y la capacidad intelectual y de organización que tenga para aprender, disfrutar el estudio o en el mejor de los escenarios, aprobar sus materias y ser promovido cada año. Es importante también el apoyo que pueda recibir desde la casa y la actitud que tengan sus padres frente al trabajo escolar de sus hijos.

De gran importancia también son las creencias de autoeficacia, las cuales son buenas predictoras de una motivación académica.

De acuerdo a Albert Bandura (Bandura et al, 1996, Zimmerman et al, 1992) es más probable que los estudiantes con una elevada autoeficacia, que creen que pueden dominar el material académico y regular su propio aprendizaje, traten de tener logros y tengan más éxito que los estudiantes que no creen en sus propias habilidades. Citado por Papalia. (2002).

Los estudiantes autorregulados establecen metas exigentes y usan estrategias apropiadas para lograrlas. Se esfuerzan, persisten ante las dificultades y buscan ayuda cuando lo necesitan. Los estudiantes que no creen en su capacidad para tener éxito tienden a frustrarse y deprimirse, sentimientos que hacen que sea más difícil alcanzar el éxito. Papalia, e.t. al (2002).

2.5 Desarrollo Psicosocial según Ericson

De acuerdo con E.H. Erikson (1950), la adolescencia se caracteriza por la rapidez del crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual. En palabras de Erikson, el joven se enfrenta con una “revolución fisiológica” dentro de sí mismo que amenaza la imagen corporal y la identidad del yo. Erikson continua explicando que el adolescente empieza a preocuparse por lo que “parece ser ante los ojos de los demás”, en comparación con el sentimiento que tiene de sí mismo. Sureda, I (1998). Así, la adolescencia es el período durante el cual ha de establecerse una identidad positiva dominante del yo. Erikson continua afirmando que, si la identidad del yo no se restablece satisfactoriamente en esta etapa, existe el riesgo de que el papel que ha de desempeñar como individuo se le aparezca difuso, cosa que pondrá en peligro el desarrollo ulterior del yo. Sureda, I (1998)

Erikson (2004) afirma en su teoría del desarrollo psicosocial, que los seres humanos con un desarrollo sano deben pasar a través de ocho etapas entre la infancia y la edad adulta tardía. En cada etapa, la persona se enfrenta, y es de esperar, que domine nuevos retos. Cada etapa se basa en la culminación con éxito de las etapas anteriores. Si los retos no se completan con éxito en una fase, es de esperar que reaparezcan como problemas en el futuro.

Durante la adolescencia, que Erikson (2004) definió entre los 12 y 18 años de edad, se vive la etapa denominada “identidad, frente a confusión de roles” y en la cual los niños exploran su independencia y el desarrollo de un sentido de sí mismo. Los que reciben el estímulo y refuerzo adecuados a través de la exploración personal, saldrán de esta etapa con un fuerte sentido de sí mismos, y una sensación de independencia y control. Los que continúan inseguros con sus creencias y deseos, tienden a experimentar inseguridad y confusión acerca de su identidad y futuro. Papalia, e.t. al (2002).

De acuerdo a Erickson, los adolescentes no forman su identidad tomando a otra gente como modelo, como sí lo hacen los niños menores, sino que modifican y sintetizan identificaciones anteriores en “una nueva estructura psicológica, mayor que la suma de sus partes” (Kroger, 1993) citado por Papalia, 2002. La agregación y la intolerancia ante las diferencias, distintivos de la escena social de la adolescencia, son defensas contra la confusión de identidad. Los adolescentes también muestran confusión al regresar al infantilismo para evitar la solución de los conflictos o incluso se comprometen impulsivamente a seguir cursos de acción sin meditarlos. Papalia, e.t. al (2002).

2.6 Adolescencia y Psicología Positiva.

Tradicionalmente se ha considerado la adolescencia como un período de la vida especialmente problemático y conflictivo. Oliva, Ríos, Antolín, () (2010), citado por Chavarría, M y Barra, E (2014). Sin embargo, la conceptualización actual de la adolescencia parte de una visión más optimista, considerando que los adolescentes no son problemas a ser resueltos, sino valiosos recursos en proceso de desarrollo. Chavarría, M y Barra, E (2014).

El mismo Papalia (2002), en su análisis acerca del mito o realidad sobre la tan estigmatizada rebeldía del adolescente, nos reseña un estudio de Margaret Mead, quien estudió la adolescencia en Samoa y otras islas del Pacífico Sur y concluyó que cuando una cultura proporciona una transición gradual y serena de la niñez a la adultez, la “tormenta y el estrés” no son típicos. Aunque a la larga su investigación fue cuestionada (Freeman, 1983), posteriormente esta conclusión fue respaldada por la investigación realizada en 186 ciudades preindustrializadas (Schlegel y Barry, 1991) Papalia, e.t. al (2002).

Pareciera que facilitar al adolescente esta transición predice un mejor desenlace, y la psicología positiva tiene precisamente como propósito tomar en cuenta el capital psíquico con el que cuenta cada sujeto, para transitar de forma efectiva por cada etapa y circunstancia que le toque vivir.

Como señala con acierto Casullo (2007), sin desconocer que la psicología debe atender las diversas problemáticas psicopatológicas, debe preocuparse por tener una mirada integradora que procure el desarrollo de un proyecto saludable, tenga en cuenta las fortalezas del sujeto y no solo el malestar. Chavarría, M y Barra, E. (2014).

Siguiendo a Monjas Casares, trabajar con las fortalezas del adolescente y con las variables que aporten bienestar psicológico, como por ejemplo, las relaciones interpersonales en la infancia y la adolescencia, permiten al niño el conocimiento de sí mismo y de los demás, el desarrollo de conductas que denomina reciprocidad, colaboración, estrategias sociales de negociación y de acuerdos, autocontrol de la propia conducta. Igualmente señala que dichas relaciones cumplen la función de apoyo emocional, de ser una fuente de disfrute, haciendo posible también el aprendizaje del rol sexual y el aprendizaje de valores. Citado por Chavarría, M y Barra, E. (2014). De esa manera se pone énfasis en los aspectos saludables o salugénicos del niño y adolescente.

Giménez, Vázquez & Hervás (2010) realizaron una revisión de literatura, constatando la falta de un marco común desde el que abordar el estudio de las cualidades positivas de los adolescentes y la escasez de estudios que evalúan algunas de estas cualidades de forma aislada. Pero, señalan, que paradójicamente desde los diferentes ámbitos educativos se habla de la importancia de la perseverancia, el respeto hacia los demás o el autocontrol, pero son pocos los estudios que se centran en estos conceptos. Hablar de valores y de fortalezas humanas no puede quedar reducido a una serie de buenas intenciones o sujeto, únicamente, a reflexiones morales o filosóficas. Cada vez es más necesario que estos conceptos se incluyan en un estudio objetivo que no entre tanto a valorar las virtudes más importantes en sí, sino aquellas que mejor contribuyen al desarrollo pleno de la persona, incluyendo en éste la vinculación con los demás: un pensamiento y modo de vida que actúe con responsabilidad hacia uno mismo y los otros.

Seligman (2003), citado por Giménez, Vázquez & Hervás (2010) propone que, para entender la experiencia humana desde un punto de vista positivo, es necesario tener en cuenta tres elementos: un análisis de las experiencias positivas (que incluye estudiar el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, entre otros), favorecer rasgos individuales (formación del carácter y fortalezas) y analizar las características de las instituciones positivas (familia, escuela y sociedad en general) que faciliten el desarrollo de los dos primeros. No cabe duda que reconocer y analizar mejor las fortalezas psicológicas será una vía importante para favorecer las condiciones de una buena infancia y crear sistemas educativos positivos (Layard y Dunn, 2009). Citado por Giménez, Vázquez & Hervás (2010)

De acuerdo a Huebner y Diener (2008), aquellos adolescentes que informan altos niveles de satisfacción vital tienden a mostrar además mejores niveles de funcionamiento en las

áreas intrapersonal, interpersonal y en el área escolar. Por el contrario quienes se encuentran extremadamente insatisfechos con sus vidas, presentan dificultades importantes que incluyen conducta agresiva, ideación suicida, conductas sexuales de riesgo, consumo de alcohol o drogas, problemas físicos y de alimentación, e inactividad física. Citado por San Martín, J, & Barra, E. (2013). La mayor parte de los adolescentes refieren estar satisfechos con sus vidas y con determinados dominios específicos como familia, amistades y escuela (Huebner y Diener, 2008), resultados que en términos generales se replican en distintas culturas (Gilman et al., 2008). Citado por San Martín, J, & Barra, E. (2013)

Otra variable asociada al bienestar en adolescentes es el apoyo social (Chu, Saucier y Hafner, 2010). Este concepto corresponde a la percepción que tiene una persona de que cuidan de ella, que es estimada y que forma parte de una red de personas que se preocupan de su bienestar (Barra, 2004). Citado por San Martín, J, & Barra, E. (2013). En el caso de niños y adolescentes algunas fuentes de apoyo que aportan al bienestar son la familia, los amigos y el personal escolar (Chu et al., 2010; Proctor et al., 2009; Valois, Zullig, Huebner y Drane, 2009). Citado por San Martín, J, & Barra, E. (2013)

El apoyo social puede ser de distintos tipos incluyendo el apoyo emocional, de consejo e instrumental (Méndez y Barra, 2008). El apoyo emocional se refiere a las conductas de cuidado de los demás, la posibilidad de compartir pensamientos y experiencias personales. El consejo consiste en la entrega de información o guías para afrontar las distintas demandas del entorno. El apoyo instrumental corresponde a la entrega de material de ayuda o servicios a alguien que lo requiere. San Martín, Juan Luis, & Barra, Enrique. (2013)

3 CONDUCTA DISRUPTIVA

3.1 Conducta y comportamiento – Definición

El comportamiento es un conjunto estable de acciones y reacciones de un organismo frente a un estímulo proveniente del ambiente externo (estímulo) o del interior del organismo mismo (motivación). B. Ballesteros y B. Rey (2001). El término lo introdujo en el ámbito científico, en 1913, J.B. Watson, quien con la intención de hacer de la psicología “una rama experimental objetiva de las ciencias naturales” afirmó que esa disciplina tiene como único objeto de estudio las manifestaciones directamente observables del organismo, y como objetivo el control de la conducta. B. Ballesteros y B. Rey (2001).

Son parte constitutiva del comportamiento las relaciones espaciales, porque el comportamiento es una mediación entre un espacio interno y un espacio externo, organizados en un sistema cuya consistencia está decidida por la “no contradicción”; las relaciones temporales que se reúnen alrededor de la memoria, sin las cuales el comportamiento no asume una forma de continuidad, y respecto a las cuales realiza una labor de reorganización, revelándose por un lado como efecto de la memoria y por el otro como causa de transformación; las relaciones de conocimiento, ya que, al ser un fenómeno observable, el comportamiento queda incluido en la relación observador y observado, dándole al que observa la tarea de definir la causa del comportamiento observado (que puede ser interna o externa) y el comportamiento normal del sistema observado, es decir un comportamiento de acuerdo con su observación. B. Ballesteros y B. Rey (2001)

Por su lado, conducta es un término que con frecuencia se utiliza como sinónimo de comportamiento, pero que se distingue de este último porque, mientras el comportamiento se refiere al conjunto de las acciones y de las reacciones habituales de un organismo al ambiente, susceptibles de observación objetiva, la conducta hace referencia a una actitud interior en la cual se originan las acciones y las reacciones. Se deriva de ello que, desde el punto de vista de la observación exterior, la conducta es menos describible y comprobable que el comportamiento. Morris, C. (1997)

3.2 Conducta y Psicología.

La conducta como objeto de medición y estudio en el ser humano (a partir del comportamiento, según lo expresado en el apéndice anterior), cobró especial relevancia a inicios del siglo XX a través de los trabajos del psicólogo estadounidense John Watson. Para Watson, la psicología era el estudio de la conducta observable, medible y nada más.

Basado inicialmente en los experimentos que había realizado el fisiólogo ruso, Iván Pavlov, Watson notó que la conducta podía ser entrenada. Recordemos que Pavlov identificó que los perros de su laboratorio salivaban con tan sólo ver que se acercaban los platos de comida, aún si ver sus contenidos. Le llamó la atención este hecho, pues como fisiólogo tenía la teoría que la salivación era un acto que se producía por la estimulación de las glándulas salivares al ver u oler los alimentos. Así que comenzó a experimentar a ver si el sonido de una campana (que nada tenía que ver con alimentos), también era capaz de producir salivación en los animales.

Para ello, presentó el estímulo de la campana mientras traía el plato de comida, es decir, asoció ambos estímulos al mismo tiempo. Pasado unos días, retiró el plato de comida (no lo presentaba) y en cambio sólo sonaba la campana. Quedó registrado para los perros

que la campanada era también indicador de la aproximación de sus alimentos, y el sólo hecho de escucharla, producía la salivación ya descrita. Pavlov explicó lo ocurrido de la siguiente manera: toda conducta es respuesta a algún estímulo o agente en el ambiente. Morris, C (1998). Los experimentos y resultados de Iván Pavlov es lo que se conoce como condicionamiento clásico.

Watson decidió experimentar en este campo, pues quería demostrar que la conducta humana también podía entrenarse mediante el condicionamiento. Sólo que en lugar de trabajar con animales, lo hizo con un niño. El pequeño Albert era un niño tranquilo y feliz que no tenía ningún tipo de temor al acariciar ratas blancas; pero que cada vez que el niño acercaba su mano al animal, Watson producía un fuerte ruido que asustaba a Albert. Al poco tiempo, el niño sentía temor por las ratas (Watson y Rayner, 1920) y ese condicionamiento cambió completamente la conducta de Albert. Este experimento fue fuertemente cuestionado por algunos representantes de la comunidad científica de la época.

Al igual que el temor pudo “entrenarse”, Watson tenía interés en demostrar que la conducta del miedo también podía eliminarse (entrenarse para que el mismo, desapareciera). Resultó que una de sus estudiantes, Mary Cover Jones (1924), recondicionó exitosamente a un niño que mostraba miedo por los conejos. La alumna expuso al niño a la presencia del conejo, pero colocando al animal a distancia, mientras el infante comía. Morris, C. (1998). Luego iba acercando al conejo gradualmente, en la medida en que se aseguraba de la confianza que demostraba el niño. (Técnica afín a la moderna desensibilización sistemática). Morris, C. (1998).

De manera que para la época de Watson, explicar la psicología humana desde la conducta y no desde la conciencia o la vida mental, era algo que tenía mejor soporte científico para él.

En 1920 se publica por primera vez la teoría conductista, en un momento en que los experimentos de Wilhelm Wundt y el enfoque estructuralista estaban perdiendo su auge.

Años más tarde, B. F Skinner, continúa respaldando que la única manera que se podía estudiar la psicología era a través de la conducta observable y medible (Skinner, 1938.1987, 1989, 1990), citado por Morris, C. (1998). Se interesaba en descubrir las leyes naturales de la conducta en ese proceso. Skinner introdujo algunas estrategias diferentes a Watson, como fue el reforzamiento: la idea de que si una conducta es reforzada, se mantiene (reforzamiento positivo) y que si es castigada se extingue (reforzamiento negativo).

En sus experimentos, Skinner colocaba palomas o ratas en una caja especial para que la exploraran. En algún lugar de la misma, había una palanca que al ellos picotearla, se dispensaba una cantidad de alimento (reforzador). Gradualmente, el animal iba aprendiendo a darle a la palanca o a mover el disco (otra modalidad que ponía en la caja), pues de ahí siempre salía el alimento. De manera que, Skinner hizo al animal, un agente activo de su propio condicionamiento. Morris, C (1998).

Desde entonces, la corriente conductista utiliza una gran cantidad de técnicas para extinguir comportamientos y reforzar otros. Se citan: el refuerzo positivo, refuerzo negativo, el castigo, técnica de aislamiento (time out), economía de fichas y contratos conductuales.

En los años posteriores, la psicología cognoscitiva, y más adelante la psicología cognitiva conductual, siguió valorando el papel de la conducta. Entre otras cosas, porque observarla y medirla la hace un elemento psicológico de fácil comprensión, estudio y cambio. Desde esta corriente, los máximos exponentes fueron: Albert Ellis y su terapia racional emotiva conductual (TREC), Aaron Beck con su propuesta de terapia cognitiva y

Albert Bandura con sus aportes en la teoría del aprendizaje social. Este enfoque nos plantea un acercamiento donde los comportamientos están y/o pueden estar predeterminado por los pensamientos racionales, los pensamientos automáticos, las creencias y los esquemas cognitivos. Dicho de otro modo: un estímulo que causa un comportamiento está mediado por el proceso de significación o evaluación proveniente de nuestros pensamientos. Las cogniciones son entonces, la vía para producir, moldear y cambiar la conducta, dado que son las relaciones descriptivas funcionales entre antecedentes ambientales y la conducta consecuente. Beidel y Turne (1986) citado por Rodríguez L., Díaz, E. y Zarzosa L. (2002). Los organismos desarrollan cogniciones sobre distintos estímulos, y la formación de éstas constituye el aprendizaje; por tanto son responsables de la conducta. Tolman, citado por Rodríguez L, et al (2002). Dentro de las técnicas cognitivos conductuales, existe también técnicas que pueden ayudar a los niños y jóvenes a razonar sobre sus problemas de conducta y en base a ese razonamiento promover un cambio de comportamiento. Entre estas tenemos: resolución de problemas, el refuerzo positivo encubierto, el refuerzo negativo encubierto, autocontrol, autosugestión, técnicas de relajación, terapia asertiva, castigo encubierto y el autocastigo.

Nos pareció significativo, por su semejanza con los preceptos de la Psicología Positiva, hacer referencia a los aportes de Alfred Adler (Psicología Individual) y de Rudolf Dreikurs, de donde surgió una metodología de enseñanza denominada Disciplina Positiva, resumida posteriormente por Jane Nelsen y Lynn Lott, cuyo objetivo principal es que los niños aprendan a cultivar “la autoresponsabilidad”, es decir, adquirir una conciencia guiada por su propia disciplina interna. (Dreikurs, SF).

Este método entrena a los padres y educadores a una crianza donde se fortalezca la responsabilidad del niño, en un ambiente reflexivo, de confianza y no punitivo. Cabe

destacar que Adler era defensor de establecer los límites para el desarrollo del niño, de manera que no se pretende no tomar en cuenta la importancia de ello. Pero bajo esta perspectiva, estos límites son demostrados con amor y comprensión. En los hogares donde se aplica la crianza positiva, los síntomas y la gravedad de la discapacidad del niño son más propensos a disminuir con el tiempo. Las investigaciones realizadas han demostrado que cuanto más temprana y positiva es la crianza, mayor es el desarrollo del niño. Tim Smith, (2007).

Por parte de las corrientes humanísticas, si bien como tercera fuerza parecían estar en la otra acera respecto al conductismo, pensemos que abordar los dramas de la existencia humana, las emociones, los ciclos de vida asociados a cubrir necesidades, ascender en la pirámide de nuestras motivaciones internas hasta llegar a la autorealización, etc, reflexionemos que todo hecho humano tiene consigo una conducta expresa y manifiesta, de manera que la conducta, como línea base de estudio o como consecuencia de los avatares de la vida humana, es y será siempre parte de nuestras variables de estudio.

La conducta es realmente compleja. La forma en que reaccionamos (nos comportamos) no puede ser analizada de manera simplista. Miremos este extracto del libro de Charles Morris (1998):

“Para comprender lo complejas que son estas actividades, imagine que se quema un dedo con un cerillo. ¿Qué ocurre inmediatamente después? <Es sencillo>, podría decir: <Retiro de súbito la mano del fuego>. Pero, en realidad, la respuesta de su cuerpo a la quemadura no es nada simple. Implica un conjunto de actividades muy complejas. Primero, células sensoriales especiales recogen el mensaje de que su dedo se está quemando. Estas células transmiten la información hasta la médula espinal, que desencadena un rápido retiro de la mano. Mientras tanto, el mensaje se envía a otras

partes del sistema nervioso. Su cuerpo entra en un “estado de emergencia”, respira más rápido, su corazón late con violencia, todo su cuerpo se moviliza contra la agresión. Al mismo tiempo, entra en acción el sistema endocrino: se descargan sustancias químicas en el flujo sanguíneo y se transportan a todo el cuerpo para complementar y reforzar los efectos de la actividad del sistema nervioso. Mientras tanto, su cerebro continúa interpretando los mensajes que se le envían: experimenta dolor, quizá vuelva la mano para examinar la quemadura, camine hacia el lavabo y vierta agua fría en ella. En otras palabras, incluso sucesos tan sencillos como quemarse un dedo, dan lugar a una coordinada secuencia de actividades muy compleja que comprende el trabajo conjunto del sistema nervioso corporal con su sistema endocrino”

A pesar de tratarse de un ejemplo que en apariencia se aleja de nuestro tema conductual de estudio, nos pareció importante que el lector se percate todos los procesos biológicos, físicos y cognitivos que estaban condicionando el comportamiento de la persona que sufrió la lesión. Así como parecía predecible la respuesta automática al quemarse con el cerillo (pensada por usted), queda demostrado que el proceso que hay detrás de ese “quitar la mano”, puede parecerse a la mecánica de un comportamiento disruptivo, si entendemos que detrás de lo segundo también hay procesos, muchos procesos interrelacionándose en la vida del niño como para pretender que una conducta sale y se reemplaza inmediatamente por otra.

Es menester ahondarse en los procesos del niño para entender la conducta anormal, o como sugerimos desde nuestro estudio, acceder a sus partes psíquicas sanas y reforzar los valores y emociones que permitan, incluso, que desde nuestro propio cerebro se registren y salgan las demandas de una reacción biológica saludable para el cuerpo y la mente del

individuo. Que ayude a ser feliz o, como lo dice Seligman, estar mejor preparados para cuando lleguen los momentos de infortunio de la vida.

3.3 Conducta anormal y conducta inadaptada

Antes de entrar en materia con la definición de conducta disruptiva, objeto de nuestro trabajo, al investigador le pareció importante referir una línea que resulta aún más difícil de definir e identificar, y que desdibuja la “conducta normal”. Se trata de su opuesta “conducta anormal”.

La conducta disruptiva, por ejemplo, es muy específica a lo que ella define y refiere; mientras que “la conducta anormal” si bien fácil de observar desde su amplio espectro (una vez que estamos en los rangos identificados), definir cuándo se traspasa este límite, es lo realmente difícil. Cómo identificar el momento en que esta línea se ha cruzado? Un individuo puede afrontar una “anormalidad” de la conducta algo severa, y hacer ajustes inmediatos necesarios que no creen mayores consecuencias. Sin embargo, alguien con una “anormalidad” consistente y abrumadora, quizás siendo menos grave que la primera, puede derivar en decisiones drásticas para la persona.

En el libro de Psicopatología, I Sarasón y B. Sarazón (2006) nos refieren que la Psicología anormal es el área de la psicología que se enfoca en la conducta desadaptada, junto con sus causas, consecuencias y tratamientos. Esto está relacionado con la forma en que se siente ser diferente, y el comportamiento de la sociedad hacia las personas que considera diferentes.

Continúan diciendo que el amplio espectro de la conducta anormal incluye problemas relacionados con las capacidades para 1) Pensar de forma lógica y racional, 2) Enfrentar de manera efectiva el estrés y los desafíos que se presentan en diferentes situaciones y a lo

largo de la vida y 3) demostrar estabilidad emocional y crecimiento. Además, cuando la salud mental se deteriora, y que pueden surgir problemas en diferentes áreas como:

Baja autoestima (“No soy bueno”)

Distorsión de la realidad (“Todos están en mi contra”)

Menor competencia (por ejemplo, social y escolar/laboral)

Ansiedad (“Me siento tenso todo el tiempo”)

Depresión (“La vida no vale la pena”)

Ira (“Me enfurezco veinte veces al día”)

Finalmente, Sarazón & Sarasón (2006) nos indican que describir que una conducta anormal es inadaptada (porque puede no serlo), implica que existe un problema; también sugiere que ya sea la vulnerabilidad del individuo, su capacidad para el afrontamiento o el estrés excepcional en el ambiente, son los que le han provocado los problemas para vivir. Se entiende que para considerarla desviada, además, representan un motivo de preocupación para el individuo, su familia y amigos o la sociedad.

3.4 Conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia.

Los denominados problemas de conducta o de conducta disruptiva, son una fuente de preocupación para las familias y constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta clínica. Aparecen cuando los niños- o adolescentes- tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina que les suponga no conseguir una satisfacción inmediata. (Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche 2006). También se expresan con comportamientos más severos como la conducta violenta, el hostigamiento, la conducta impertinente, las actitudes desafiantes, la conducta vandálica, el alumno que roba, el acoso

sexual y el incumplimiento de deberes. Así lo expresa el Doctor Dennise Cardoze, Psiquiatra de niños y adolescentes, ex-asesor del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial y escritor de: “Los problemas de disciplina en la escuela: Manual para docentes” (2010).

Numerosas investigaciones apuntan a que una gran incidencia de la problemática presentada en los niños se podría circunscribir a los problemas de conducta, denominación que es utilizada para referirse básicamente a aquellos comportamientos y pensamientos no habituales o tipos de comportamiento no esperados socialmente por los adultos. Valencia, M; Andrade P. (2005).

Los problemas del comportamiento disruptivo también están asociados a un mayor coste para la sociedad: se estima que los costes generados por los individuos con conductas antisociales en la infancia son al menos 10 veces más altos que los individuos que no presentan conductas antisociales, cuando alcanzan los 28 años de edad (Scott et al, 2001a). Citado por Ouy, K y Stringaris, A. (2017)

Como vimos en nuestro acápite anterior, hay comportamientos que son normales y esperados a lo largo del desarrollo de un niño y adolescente. Comportamientos inquietos, la ansiedad por separación en un momento específico de la vida del niño, un manotón como forma de responder al empujón que le propicia otro niño, la pataleta como reacción esporádica frente a la frustración de no conseguir lo esperado, el niño que responde ocasionalmente a un adulto, etc, apuntan hacia comportamientos inadecuados, incluso a rasgos disruptivos del comportamiento en los momentos en que se origina, pero de ninguna manera se les puede considerar patológicos. Son en cambio, procesos adaptativos, de maduración, de reacción frente a las etapas o como respuestas a las situaciones que vive el niño. Recordamos que para que una conducta sea considerada trastorno, deben cumplirse

criterios en cuanto a la prevalencia de comportamientos en tiempo, frecuencia, intensidad (de acuerdo a los manuales diagnóstico como el DSM-5 y CIE 10), además de crear malestar clínicamente significativo para el niño o adolescente en sus ámbitos sociales y familiares.

3.4.1 Trastornos de Conducta.

Los trastornos de conducta están categorizados en el DSM-5 como una serie de trastornos que tienen como eje principal una conducta disruptiva. Consisten en dos subgrupos categorizados como déficit de atención con hiperactividad y comportamiento perturbador; este último denominado de esta manera porque provoca más molestias a los demás que a los propios sujetos (trastornos externalizantes), y que comprende el trastorno negativista desafiante, el trastorno de la conducta (que en el DSM IV era llamado trastorno disocial) y el trastorno explosivo intermitente.

Nuestra investigación está centrada en el Trastorno Negativista Desafiante (TND), razón por la cual será el trastorno documentado en el presente trabajo. Para ello, tomaremos varias referencias de la Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante, que le pueda servir al lector como base teórica del tema. Vásquez, J., Feria, M., Palacios L., De la Peña, F. (2010)

No obstante haber sido redactada mientras se encontraba en vigencia el DSM-IV, hacemos la aclaratoria que el único cambio con el Trastorno Negativista Desafiante respecto al manual DSM-5, es que los criterios diagnósticos del TND se presentan agrupados en tres categorías: enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante, y vengativo, pero no se exige un número mínimo de criterios de cada categoría, por lo que esta agrupación no afecta al diagnóstico. Además, hay una nota aclaratoria sobre la

intensidad y la frecuencia en la que deben aparecer los síntomas según la edad del menor. I. Iborra. UCV (2016)

3.4.2 Trastorno Negativista Desafiante (TND).

Según el DSM-V El Trastorno Negativista Desafiante (TND) se caracteriza por un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles hacia los padres, compañeros, profesores y figuras de autoridad.

Los niños con este trastorno, son niños y adolescentes discutidores, desafiantes y provocadores que se enojan y pierden el control con facilidad. A diferencia del Trastorno de conducta (antes trastorno disocial), no hay violaciones de las leyes, ni de los derechos básicos de los demás.

Este comportamiento se presenta por un período mayor a seis meses y con más intensidad que en otros adolescentes de su misma edad. El trastorno interfiere casi siempre en sus relaciones interpersonales, su vida familiar y su rendimiento escolar. Como consecuencias secundarias a estas dificultades, los niños suelen tener baja autoestima, escasa tolerancia a las frustraciones y depresión.

Facilitamos algunos datos clínicos (Rowe et al, 2002). Citado por Quay, K., Stringaris, A. (2017): (1) La prevalencia del TND varía en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación. (2) Se han hallado tasas de Trastorno Negativista Desafiante (TND) situadas entre 2% y 16%. (3) Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo se extiende a otros ambientes. (4) Su inicio es típicamente gradual y suelen mantenerse a lo largo de meses o años. (5) En una proporción de casos, el TND constituye un antecedente evolutivo del trastorno de conducta (antes, trastorno disocial). Incluso, en la CIE-10, el TND se considera sólo como una forma más suave del trastorno de conducta, por lo que ambos son considerados como

una categoría única, como se ve en algunos estudios de investigación empírica (Kim-Cohen et al, 2003). (6) Sin embargo, aun cuando se ha encontrado que el TND y el trastorno de conducta tienen altos niveles de comorbilidad, la mayoría de los niños diagnosticados con un TND no desarrollan posteriormente un trastorno de conducta. (7) Parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias. (8) El trastorno parece molestar más a las personas que lo rodean que al propio niño o adolescente que lo presente. (9) Pueden tener problemas en la relación con los amigos y pueden percibir las relaciones humanas como insatisfactorias. (10) A pesar de tener un nivel de inteligencia adecuado, su rendimiento académico es bajo, ya que se niegan a participar, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin la ayuda de los demás. (11) La conducta oposicionista puede ser normal en ciertas etapas del desarrollo, es necesaria para asumir una individualidad y poder establecer normas y controles internos. (12) Cuando no se puede expresar abiertamente la agresión ésta es bloqueada, entonces puede expresarse como una resistencia pasiva, es decir, no coopera, no sigue instrucciones, así se convierte en una forma de manejar el estrés para el niño o el adolescente. De esta manera, estas conductas se convierten en parte de las manifestaciones que persisten aún después de que su función “adaptativa” hubiera terminado

El TND suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años, y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. La edad de inicio de los síntomas antisociales (Moffitt, 1993) parece ser un buen predictor de los resultados posteriores. Moffitt (1993) hace una

diferencia entre los niños cuyos síntomas aparecen por primera vez en la infancia y persisten en la adolescencia (inicio en la infancia persistente), y aquellos cuyos síntomas aparecen por primera vez en la adolescencia. Los individuos del grupo de inicio en la infancia y persistencia en la adolescencia, presentan peores resultados en la vida adulta, si se los compara con sus pares que desarrollaron los síntomas por primera vez en la adolescencia o con aquellos que no presentan trastornos (Moffitt, 2003; Moffitt, 2006; Moffitt et al, 2002; Odgers et al, 2007; Farrington et al, 2006). Citado por Quay, K., Stringaris, A. (2017)

El pronóstico del TND depende de muchas variables, entre las que se incluye la gravedad del trastorno, la estabilidad a lo largo del tiempo, la presencia de otros trastornos (como trastorno de la conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del aprendizaje, trastornos del estado de ánimo y trastornos de abuso de sustancia.

Las personas en las que el diagnóstico persiste, pueden mantenerse estables o comenzar a violar los derechos de los demás y así desarrollar un trastorno de conducta (antes, trastorno disocial).

Patterson (1982), Citado por Quay, K., Stringaris, A. (2017), propuso un modelo sobre cómo el comportamiento de los padres puede exacerbar la conducta negativa de los niños y resultar en lo que él llamó “procesos familiares coercitivos”. Su trabajo ha demostrado que los padres de niños con problemas de conducta tienen más probabilidad de ser inconsistentes en la aplicación de las reglas, y de dar órdenes que no son claras o son el resultado del estado emocional de los padres más que supeditadas al comportamiento del niño. Un proceso coercitivo recíproco típico surgiría si, por ejemplo, un padre respondiese de forma excesivamente severa a un comportamiento levemente disruptivo del niño, con el resultado de que el niño intensificaría aún más su comportamiento de oposición. Esto, a su

vez llevaría a respuestas aún más duras por parte del padre. El resultado es a menudo que el padre termina rindiéndose, reforzando el comportamiento negativo del niño. Esta “recompensa” paradójica del comportamiento negativo del niño puede aumentar y mantener las conductas oposicionistas, y por tanto, es el objetivo específico de las intervenciones terapéuticas.

3.4.2.1 Criterios diagnósticos según el DSM-5 - Trastorno Negativista

Desafiante (TND)

- A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

3.4.2.2 Evaluación y tratamientos del TND.

Es posible evaluar los problemas de conducta negativista en niños de tan sólo 5 años de edad (Kim-Cohen et al, 2005). Existe una amplia gama de instrumentos para valorar los síntomas del TND y para apoyar el proceso de diagnóstico y seguimiento. Los

profesionales siempre deben tener en cuenta que el diagnóstico se basa en su juicio y en la integración de la información obtenida a través de las entrevistas, el examen clínico, las escalas y otros medios de evaluación. Quy, K., Stringaris, A. (2017)

Algunos criterios útiles para la evaluación de niños con TND son: a) intentar obtener información de la mayor cantidad de fuentes posibles (padres, niño, educadores); b) evaluar problemas psiquiátricos comórbidos, especialmente TDAH; c) evaluar los factores de riesgo a nivel familiar, escolar y comunitario. Los niños con problemas de conducta disruptiva frecuentemente provienen de ambientes desfavorecidos. Es importante identificar los factores que mantienen o incrementan el comportamiento oposicionista (como el acoso escolar o el rechazo de los pares). Lo mismo sucede con el desempeño en la escuela: un niño con dificultades de lectura o hiperactividad puede ser más propenso a manifestar conductas oposicionistas en la escuela. Quy, K., Stringaris, A. (2017)

Tradicionalmente, el tratamiento del TND es la psicoterapia individual, familiar y grupal e implica trabajar con el niño o adolescente o los padres. En pocos casos se recomienda tratamiento farmacológico. Vásquez, J., e.d. al (2010).

Los mismos autores señalan que en el tratamiento basado en la psicoterapia individual, suele emplearse un enfoque cognitivo conductual para aumentar la capacidad del paciente para resolver los problemas y sus habilidades de comunicación y de control de la ira y el impulso. La terapia familiar tiene a menudo como objeto la introducción de cambios en la familia, como por ejemplo mejorar la comunicación y fomentar la interacción entre los miembros de la familia. La terapia grupal, con niños o adolescentes de la misma edad y problema, a menudo se centra en el desarrollo y utilización de las habilidades sociales e interpersonales. Los psicofármacos, sin bien no se consideran eficaces para el tratamiento del TND, pueden utilizarse solo si otros síntomas o trastornos están presentes y responden

al tratamiento . Cuando el TND es intenso y persistente se pueden requerir tratamientos prolongados e intensivos. Las intervenciones cortas usualmente son inefectivas. Vásquez, J., e.d. al (2010).

Desde el enfoque conductual, según Ruiz, R (2010), “se parte de la idea que la mala conducta es la consecuencia de prácticas parentales inadecuadas. Por ello, el niño aprende que la conducta negativista resulta eficaz cuando quiere conseguir algo. Desde este enfoque, la intervención se desarrollará desde diferentes contextos: familiar, escolar y el propio niño”. En esta línea de intervención, es muy usado el programa “Desafiant Children”, adaptado por Barkley, el cual consta de ocho pasos en lo que se pretende mejorar la conducta del niño, sus relaciones sociales y en el hogar. Si se lleva a cabo de forma correcta, el niño adquirirá conductas positivas que le ayuden a desenvolverse y comunicarse en diferentes contextos. Se pretende reducir el comportamiento negativo ignorándolo o proporcionando consecuencias negativas como castigos y aumentar las conductas colaborativas a través de un premio o reconocimiento cuando estas tengan lugar. M. V. Ruiz (2010).

El enfoque cognitivo, en cambio, parte de la idea de que la conducta inapropiada en el niño se produce por un retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas concretas, como la habilidad para regular las emociones, falta de flexibilidad cognitiva o alta de habilidades sociales. M. V. Ruiz (2010). Por ello el problema se vincula a una disfunción cognitiva muy vinculada al lenguaje interno, control emocional, motivación y el aprendizaje y desarrollo de comportamiento adecuado. También se pone énfasis en las relaciones familiares, basados en una comunicación, respeto y regulación de las relaciones emocionales que están siendo inapropiadas, pues el niño no aprende por sí solo. Una vez que se reconocen los síntomas que está presentando el niño, debe iniciarse la terapia

individual y familiar, para identificar los patrones cognoscitivos que originan los problemas del niño. M. V. Ruiz (2010)

También se han propuesto estrategias alternativas para tratar los problemas de conducta en familias donde los programas descritos anteriormente no han tenido éxito. Scott y Dadds (2009), citado por Quay, K., Stringaris, A. (2017) sugieren una serie de formas alternativas de plantear la intervención, que pueden proporcionar un marco para abordar los factores que limitan la eficacia de los programas de entrenamiento para padres. Ellos recomiendan tener en cuenta la seguridad del apego y la relación padre-hijo al plantear las estrategias de intervención, a fin de considerar las repercusiones que puede tener un apego inseguro o desorganizado en el sentido que se da a los castigos o recompensas. Además, enfatizan la importancia del contexto social más amplio, que puede tener un impacto significativo en el niño, como por ejemplo la relación entre los padres, los hermanos, la familia extensa y la comunidad. Finalmente, alientan a los profesionales a considerar las creencias e ideas que tienen los padres respecto al niño (o aspectos de la crianza) que pueden estar interfiriendo con el tratamiento. Citado por Quay, K., Stringaris, A. (2017)

Otro programa citado por Quay, K., Stringaris, A. (2017), es el denominado: Triple P—Programa de Parentalidad Positiva. El Triple P es un programa de crianza y apoyo a la familia basado en la evidencia, diseñado para prevenir y manejar los problemas de conducta en niños preadolescentes, por medio del fortalecimiento de las habilidades parentales y la mejora de la relación padre-hijo. Este programa ha sido validado en una serie de estudios con un amplio rango de tipos de familias y culturas (Graaf et al, 1998, Bor et al, 2002).

En el área de la Psicología positiva, si bien el campo clínico en relación al comportamiento disruptivo en niños y adolescentes no está ampliamente documentado, numerosos trabajos e investigaciones en el aula sí son referente de los efectos de este

modelo en el mejoramiento de las conductas, rendimiento y ajuste escolar. Son varias premisas que se abordan desde la Psicología Positiva en estos programas, todas con alto efecto en el mejoramiento y prevención de conductas disruptivas: el entrenamiento de la inteligencia emocional, la atención plena (mindfulness) y el entrenamiento de las fortalezas personales.

La premisa básica es el entrenamiento de la inteligencia emocional como la capacidad (hability) para percibir y expresar las emociones, utilizar las emociones para facilitar el pensamiento, comprender y razonar a través de las emociones y regular las emociones en uno mismo y en los demás (Mayer, Salovey, Caruso y Cherkasskiy, 2015), citado por Bisquerra, R. y Hernández, S. (2017). Los conocimientos de la psicología positiva y la inteligencia emocional deben ser difundidos a través de la educación emocional, aspecto clave dentro de las competencias clínicas, con el objetivo de desarrollar estrategias para la vida que permitan alcanzar un mayor bienestar. Bisquerra, R. y Hernández, S. (2017)

La atención plena o “mindfulness” es una actitud permanente de consciencia y calma que nos permite vivir íntegramente en el momento presente. Sus raíces se remontan a antiguas tradiciones orientales, siendo investigado y promovido en años recientes desde la psicología moderna. Es importante subrayar que la atención plena no se limita a técnicas de relajación y concentración. R. Bisquerra y S. Hernández (2017)

En la actualidad, la práctica de la atención plena está siendo promovida por psicólogos, médicos y educadores en diversos países y en múltiples contextos profesionales, y sus beneficios están siendo respaldados por un creciente número de investigaciones (Brown y Ryan, 2003; Cebolla y Miró, 2008; Davidson y Begley, 2012; Kabat-Zinn, 1990, 2005; Lavilla, Molina y López, 2008; Lyubomirsky, 2008; Simón, 2007 y Vallejo, 2006;). De las

cuales se desprende que “la práctica de la atención plena puede producir numerosos efectos sumamente beneficiosos, entre los que destacan (R. Bisquerra y S. Hernández (2017):

- Aumentar la concentración.
- Reducir automatismos.
- Lograr un mejor control de pensamientos, emociones y conductas.
- Disfrutar más del momento presente
- Efectos físicos saludables: relajación, mejora de la respiración, regulación de la presión arterial, potenciación del sistema inmunitario.

Finalmente, de los aspectos clave de la psicología positiva está también el estudio de las fortalezas humanas, que se sitúa dentro de la “teoría de rasgos” y enlaza con la idea de “buen carácter”. La investigación sobre los rasgos positivos de la personalidad ha originado una elaborada teoría en torno a las llamadas fortalezas personales (Seligman, 2002; Peterson y Seligman, 2004). Estos autores han creado y validado un modelo descriptivo de la personalidad basado en las fortalezas personales, entendidas como rasgos positivos universales, medibles y educables y que derivan en una emocionalidad y conductas sanas. Bisquerra, R. y Hernández, S. (2017)

En el área de la intervención clínica, se aportan los resultados de un estudio realizado en la Universidad de Chile para evaluar la efectividad de una intervención basada en la Psicología Positiva para la “Disminución de la frecuencia de las Conductas Antisociales en adolescentes” y se puede concluir que los efectos globales son significativos en términos tanto de observación, como a nivel estadístico. “Esto señala que existen evidencias suficientes para establecer que las diferencias entre la línea base y la de tratamiento, estarían explicadas por la intervención basada en la psicología positiva y no por el azar o agentes externos”. Por otra parte, las variables positivas de estudio en este trabajo:

optimismo y felicidad, también registraron un incremento progresivo en sus niveles. Rifo, G. (2013)

Los psicólogos positivos concentran cada vez más su atención en el ámbito aplicado, incluyendo en el contexto terapéutico intervenciones deliberadamente dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas. La psicología positiva puede ser útil en la promoción, prevención e intervención dado que se aproxima al individuo teniendo en cuenta sus cualidades así como sus dificultades. Esto permite utilizar las cualidades personales, sociales y culturales identificadas como una excelente manera de superar las dificultades. Park, Peterson y Christopher (2013).

3.5 Investigaciones realizadas sobre prevalencia de la conducta disruptiva en niños y adolescentes.

En referencia a los problemas conductuales, diferentes investigaciones realizadas en países hispanos, incluida España, dan fe de que los problemas de conducta en niños y adolescentes, están entre las primeras razones de atención psicológica que requieren los padres para sus hijos. Rabadán, J y Giménez, A (2013). En términos generales, el porcentaje de trastornos de la conducta diagnosticados en los años 90 no llegaba al 5% habiéndose triplicado en la actualidad, considerando los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TND) y trastorno disocial (TD) (Angulo et al, 2008) citado por Rabadán, J y Giménez, A (2013)

Avila C y Polaino A (2002), citado por Jaime Moreno Méndez y Nancy Martínez León (2009) detalla los problemas de conducta que se van presentando en los niños, de acuerdo a rangos de edades. Nos centraremos en la categorización que hace el autor, y que contiene a nuestra población de estudio:

“Niños de 7 a 12 años. (...) ya no es capaz de seguir la disciplina impuesta en el colegio; además tiene más dificultades para el aprendizaje que sus compañeros. Algunos profesores no entienden el porqué de esta conducta, mientras empiezan a emerger juicios, sentimientos y actitudes negativas ante el niño y sus padres. Poco a poco estos niños se hacen solitarios pero no por elección, sino por el rechazo de sus compañeros debido fundamentalmente a su conducta, el no atenerse en los juegos a ninguna regla y la actitud dominante que a veces adoptan. En algunos casos son los líderes de la clase: en estas circunstancias, sus mismas fechorías son vistas como grandes hazañas a los ojos de sus compañeros. (...)”

“A medida que el niño con problemas de conducta crece, sus intereses van cambiando y la conducta disruptiva adquiere más trascendencia. Si una madre tiene dificultades para que su hijo de siete años se duche, coma o cuide sus juguetes, luego los problemas se pueden agravar: quiere salir con sus amigos y nunca encuentra el momento de volver, no estudia al volver del colegio. Pero, además la rabieta de un niño de siete años no es lo mismo que el enfado de uno de doce años y apenas si puede controlarse con un castigo físico o una amenaza verbal”.

En su investigación sobre problemas de conducta en niños mexicanos, se hace referencia de estudios que han determinado la existencia de una alta demanda en atención a pacientes en edad infantil en los servicios de Salud Mental en la Secretaría de Salud de Ciudad de México y donde se destaca, entre las tres primeras alteraciones, los trastornos de conducta, seguidos por los de aprendizaje y en tercer lugar los trastornos de adaptación. (Gutiérrez y Barilar (1986), citado por Valencia, M. et al (2005).

En otro estudio realizado en la Universidad Complutense de Madrid, sobre “Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género” (Aláez Fernandez, Martínez-Arias y Rodríguez 2014), citado por Rabadán, J y Giménez, A (2013), los sujetos fueron escogidos de un Centro Comunitario de Salud al que habían asistido en compañía de sus padres para ayuda psicológica. Se trata de una muestra de 404 sujetos, edades entre 0 y 18 años y donde los trastornos más prevalecientes fueron los de conducta con una incidencia de 23%; seguidos con un 27.9% de los depresivos y ansiedad (que también nos compete y sabemos que puede influir en la conducta).

3.6 La conducta disruptiva. Investigaciones en Panamá

En Panamá, durante el año 2000, el Comité Nacional de Análisis de Estadística Criminal, en conjunto con el Centro de Observación y Diagnóstico (posteriormente el Sistema Integrado de Estadística Criminal y Centro de Cumplimiento, según Ley 40 de 1999), realizó un estudio al 100% de los adolescentes acusados de estar involucrados en actividades delictivas, con la finalidad de conocer las características asociadas a ese tipo de conducta. En dicho estudio, se observó que el 55% de los adolescentes encuestados había abandonado el colegio al primer año; es decir, entre los 13, 14 y 15 años, precisamente cuando empiezan a experimentar su etapa de desarrollo y en donde el nivel de tolerancia es sensible, presentando una conducta alterada con algún grado de irritabilidad y agresividad. (Fuente textual del Centro de Estudio y Acción Social Panameño CEASPA – Panamá).

Algunos de los objetivos específicos de esa investigación fueron: establecer los patrones presentes en la convivencia cotidiana entre los diferentes actores/as educativos e investigar el abordaje de la violencia desde las percepciones de los distintos actores/as. Sus hallazgos reportaron agresiones verbales entre estudiantes, agresiones físicas (juegos violentos,

amenazas físicas y agresiones físicas interpersonales: golpes, patadas, jalones de cabello, entre otras); etc. (Fuente: Centro de Estudio y Acción Social Panameño CEASPA – Panamá)

Remitiéndonos a Panamá, en el año escolar 2009 se realizó en la ciudad capital un estudio transversal para estimar la prevalencia de trastornos conductuales y emocionales en una muestra de niños de edad escolar (Celarde Herrera S, Sánchez-Gómez E, Menzané F y Britton G, 2014). Este estudio se realizó en el sector este de la Región Metropolitana de Educación, en niños de ambos sexos y edades entre 6 y 11 años.

Estos fueron parte de los resultados: un total de 131 díadas de padres y maestros fueron incluidas en los análisis. El análisis de los trastornos individual indicó que las condiciones más prevalentes fueron los problemas de aprendizaje (20.6%), seguido de las habilidades de estudio (26.0 %) **y la ansiedad (15.3%)**. Esto según los maestros. Según los padres, las condiciones más prevalentes fueron el aislamiento (10.7%), la ansiedad (8.4%) y la falta de liderazgo (6.9%). Menos de uno en diez de los niños con un trastorno tuvo contacto con servicios de salud mental. (Celarde Herrera S, Sánchez-Gómez E, Menzané F y Britton G, 2014)

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

CAPÍTULO 2 - METODOLOGÍA

2.1 El Problema

Los problemas de comportamiento en nuestros niños y adolescentes han estado siempre presente. El niño expresa a través de su conducta, su capacidad de ajustarse a los cambios de su ambiente interno y externo, mientras va experimentando cambios significativos en ambos ambientes y de forma permanente, como parte de las características normales del desarrollo humano (biológico, psíquico, familiar, social, etc). Pero estas respuestas a su medio (conductas), no siempre son las más funcionales. Diversos estudios y la experiencia clínica respaldan que los problemas de conducta de los niños están entre las primeras razones de consulta por parte de padres, o de referencia para atención por parte de sus maestros y tutores.

No obstante, no todos los padres atienden clínicamente esta necesidad de sus hijos llevándolos a la consulta y numerosos niños se quedan sin recibir la atención que necesitan; y es sabido por los Psicólogos que los problemas de conducta severos en niños y adolescentes, tienen alto nivel predictivo para los comportamientos, rasgos patológicos e incluso, los trastornos mentales, que pueda presentar en el futuro.

En la escuela, por su parte, el maestro utiliza los pocos recursos que conoce para controlar estas conductas, ajustados a sus tiempos, a sus exigencias de cumplimiento curricular y a la dificultad que enfrenta cuando más de un niño presenta en el aula problemas de comportamiento, incluidos cuadros clínicos como déficit de atención, hiperactividad, Trastorno Negativista y problemas de la conducta disocial. Además, la mayoría de nuestras escuelas públicas no cuenta con gabinetes psicológicos para la orientación profesional, no se dan abasto por la numerosa población escolar característica

de estos Centros y no tienen la experiencia para abordar esta problemática. Optan, entonces, por referir al adolescente al Psicólogo, dependiendo de que en efecto los padres lo lleven; y en caso de acudir, apostar a que se termine todo el tratamiento con el niño. En resumen, numerosos casos se quedan sin atención o sin la atención completa que requiere el tratamiento y el niño.

Por otra parte, nos es obvio el ciclo del trato que por norma reciben estos niños ante su conducta disruptiva y molesta: son castigados, apartados, etiquetados, referencia de “malos ejemplos”, suspendidos por días de sus actividades escolares; y la conducta negativista, por naturaleza, sigue retroalimentándose en seguir, llevando la contraria a toda norma o a la figura de poder: sea el maestro en la escuela, los padres en casa, o cualquier adulto que les conecte con estas figuras.

Nos resulta también relevante no desestimar la calidad de vida, subjetiva y objetiva, que enfrentan estos adolescentes. En un sentido por las condiciones previas que han afectado al niño, desencadenado estos comportamientos y por el otro, las que afronta a diario como consecuencia de su conducta disruptiva, teniendo muy en cuenta la emocionalidad inmersa en estos procesos.

Como sea que se vea, la no prevención y atención adecuada y oportuna de las conductas disruptivas, susceptibles de convertirse además en patología, tiene un alto costo para cada sujeto que la presenta, para la escuela, la familia, comunidad y finalmente, para toda la sociedad.

El modelo de la Psicología Positiva puede ser una alternativa reveladora e interesante en este tipo de trastorno, pues las intervenciones bajo este modelo tienen, de modo general, la finalidad de reducir y prevenir problemas, conflictos o síntomas, pero también la mejora de las condiciones subjetivas de vida, el estado emocional, las fortalezas psicológicas y, en

último término, la satisfacción con la vida. Labrador, Echeburúa y Becoña, (2000), citado por Park, Peterson y Sun (2013).

El investigador espera que la terapia bajo este modelo dote de fortalezas que aumenten el bienestar psicológico y recursos internos de los individuos, y que en consecuencia ocurra una disminución de los signos y síntomas propios del Trastorno Negativista Desafiante. Aunque estamos trabajando ya con una muestra de pacientes con esta condición, y algunos con gran incidencia de criterios diagnósticos, nos es claro que el modelo puede probarse y aplicarse también como medio preventivo en las aulas, beneficiando a cualquier población.

2.2. Planteamiento del Problema

De acuerdo a lo expuesto, el presente estudio, pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Una intervención con Psicología Positiva será eficaz para aumentar el bienestar psicológico y en consecuencia disminuirá los signos y síntomas del Trastorno Negativista desafiante en la población de estudio?

2.3. Objetivos Generales

1.- Identificar los sujetos con signos y síntomas relacionados al Trastorno Negativista Desafiante en adolescentes entre 12 y 14 años de una escuela del Distrito de San Miguelito.

2.- Evaluar el efecto de una intervención terapéutica basada en los aspectos sanos del individuo, que disminuya los signos y síntomas del Trastorno Negativista Desafiante, en adolescentes entre 12 y 14 años de una escuela del Distrito de San Miguelito, Ciudad de Panamá.

3.- Examinar cómo se comportan variables asociadas al bienestar psicológico como felicidad y optimismo, en una muestra con signos y síntomas del Trastorno Negativista Desafiante, entre 12 y 14 años de una escuela del Distrito de San Miguelito, y que es tratada con una intervención basada en Psicología Positiva.

2.4 Objetivos Específicos

- 1.- Examinar a los sujetos de la muestra para identificar los signos y síntomas relacionados al Trastorno Negativista Desafiante.
2. Aplicar un programa de intervención terapéutica basado en la Psicología Positiva a toda la muestra, dirigido al bienestar psicológico, el optimismo y la felicidad.
3. Determinar la intensidad de los signos y síntomas del Trastorno Negativista Desafiante identificada en los sujetos del estudio, pre y post a la intervención.
- 4.- Indicar la intensidad del bienestar psicológico, niveles de optimismo y de felicidad presente en los sujetos del estudio, pre y post a la intervención.
- 5.- Validar la efectividad de un programa de intervención terapéutica basado en la Psicología Positiva, dirigido a promover el bienestar psicológico, el optimismo y la felicidad en toda nuestra muestra.
6. Validar la efectividad de un programa de intervención terapéutica basado en la Psicología Positiva, en la disminución de los signos y síntomas del Trastorno Negativista Desafiante.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis General

La intervención con Psicología Positiva aumentará los índices de bienestar psicológico, nivel felicidad y nivel optimismo y disminuirá los signos y síntomas del Trastorno Negativista Desafiante, presentes en los sujetos de la muestra.

2.5.2 Hipótesis de trabajo.

Ho: Los sujetos de la muestra, con diagnóstico o con signos y síntomas del Trastorno Negativista Desafiante, que reciben intervención con Psicología Positiva:

- 1) Tendrán un nivel de felicidad igual o inferior, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.
- 2) Tendrán un nivel optimismo igual o inferior, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.
- 3) Tendrán bienestar psicológico igual o inferior, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.
- 4) Tendrán una conducta desafiante y oposicionista igual o mayor, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.
- 5) Tendrán dificultad para cumplir órdenes, normas e instrucciones, igual o mayor, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.

Hi: Los sujetos de la muestra, con diagnóstico o con signos y síntomas del Trastorno Negativista Desafiante, que reciben intervención con Psicología Positiva:

- 1) Aumentarán significativamente el nivel de felicidad, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.
- 2) Aumentarán significativamente el nivel de optimismo, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.
- 3) Aumentarán significativamente el bienestar psicológico, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.

- 4) Disminuirán significativamente su conducta desafiante y oposicionista, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.
- 5) Disminuirá significativamente su dificultad para cumplir órdenes, normas e instrucciones, de acuerdo a la evaluación final del tratamiento.

2.6 Diseño de Investigación.

La estrategia de investigación que se utilizó fue un diseño pre-experimental y estudio de caso. Los individuos se conformaron en cuatro grupos, a los cuales les fue aplicada una intervención psicoterapéutica basada en Psicología Positiva, que trabaja con los aspectos sanos del individuo. Se aplicó un pre-test y post test para medir los signos, síntomas y el grado de afectación de las conductas disruptivas asociadas al Trastorno Negativista Desafiante, por una parte, y por la otra, igualmente pre test y post test, para identificar la variación que experimentaron variables asociadas al bienestar psicológico, optimismo y felicidad de la muestra de este estudio. Los cuatro grupos se conformaron por dificultades que el investigador percibió al inicio de las interacciones con los el grupo total, por las características propias del trastorno en cuanto a las conductas disruptivas y oposicionista de los adolescentes, que impedían que acataran normas y órdenes y se pudiera llevar a cabo la sesión. No obstante, la muestra quedó equilibrada en cuanto a sus características y el tratamiento aplicado fue exactamente el mismo en todos los grupos y el mismo día de cada sesión.

2.7 Definición de Variables.

Variable Independiente: Intervención psicoterapéutica basada en Psicología Positiva

A.- Definición conceptual: procedimiento psicoterapéutico de la psicología positiva basado en el trabajo de los aspectos positivos del ser humano, mediante las fortalezas del individuo y sus experiencias positivas y el uso de estrategias y herramientas que incorporan emociones positivas, compromiso, relaciones interpersonales, sentido y la propia realización.

B.- Definición operacional: desarrollo de actividades, talleres, charlas y tareas dirigida de forma grupal a los participantes, estructurada en 12 sesiones de 45 minutos cada una, aplicadas con una frecuencia de 3 a 5 veces por semana. La intervención brinda recursos y estrategias para aumentar el bienestar psicológico, el optimismo y la felicidad. Nota: Dentro del programa, se seleccionarán las técnicas con más contenido de afecto, autoaceptación y empatía, que promuevan el bienestar psicológico esperado, siendo estas las conductas opuestas a las disruptivas, propias del negativismo desafiante y por ende, las que más se necesitan reforzar.

Variable Dependiente I	Bienestar Psicológico global:
-------------------------------	-------------------------------

A Optimismo

B Felicidad

Bienestar Psicológico global

a. Definición conceptual: constructo multidimensional que incluye el control de las situaciones, la aceptación de sí mismo, los vínculos psicosociales, la autonomía y la capacidad de tener proyectos y metas.

b. Definición operacional: corresponde al puntaje obtenido por los adolescentes en la Escala de Bienestar Psicológico BIEPS-J (Jóvenes Adolescentes) de María Martina Casullo y colaboradores. (2002)

A Optimismo

a. Definición conceptual: Es la actitud del individuo que ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo de las personas y las circunstancias. El optimismo va acompañado de la esperanza que posee cada individuo en cada uno de sus acciones para enfrentar lo malo de la vida, en forma positiva, poniendo todo el esfuerzo, y energía para superar las adversidades u obstáculos que se presenta en el camino para alcanzar su fin.

b. Definición operacional: Será el puntaje obtenido por los adolescentes al responder al test de Orientacion vital Revisado (LOT-R) (Sheier, Carveer & Bridges- 1994)

B Felicidad

a. Definición conceptual: desde la perspectiva de la Psicología Positiva, la felicidad es un constructo que comprende varios elementos: el aspecto sensorial y emocional que incluye las experiencias placenteras, la alegría y las emociones positivas; el componente cognitivo, que se refiere a cómo evaluamos nuestra vida y qué tan satisfechos estamos con ella; y el sentido de vida, el sentir que nuestra vida tiene propósito y vale la pena.

b. Definición operacional: Corresponde al puntaje obtenido por los adolescentes en el test Escala de felicidad subjetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999)

Variable Dependiente II Trastorno Negativista Desafiante

a. Definición conceptual: los trastornos de la conducta – trastornos del comportamiento perturbador – en la infancia y en la adolescencia engloban un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad, cuya consecuencia más destacada es el fastidio o la perturbación, más o menos crónica, de la convivencia con otras personas, compañeros, padres, profesores y personas desconocidas (Fernández y Olmedo, 1999).

b. Definición operacional: corresponde al puntaje total obtenido en el instrumento de medición de niños desafiante de Russell Barckley y los registros diarios de comportamiento, que conforman a su vez los criterios clínicos de diagnóstico.

1) Enfado/irritabilidad. Comportamiento disruptivo caracterizado por: a) a menudo pierde la calma. b) a menudo está susceptible o se molesta con facilidad y c) a menudo está enfadado y resentido.

2) Discusiones/actitud desafiante. Comportamiento disruptivo que se caracteriza porque: d) discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. e) a menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. f) a menudo molesta a los demás deliberadamente y g) a menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

3) Vengativo. Comportamiento caracterizado porque h) ha sido rencoroso o vengativo

2.8 Población.

Se consideró el universo de los niños más vulnerables dentro del Plantel (de acuerdo a información preliminar suministrada), siendo estos: doscientos veinticinco (225) niños, que formaban parte de los cursos sexto, séptimo y octavo grado, y cuyas edades estaban comprendas entre 11 años 1 día hasta y los 13 años 11 meses 30 días. Todos estudiantes de la misma escuela, ubicada en el Municipio de San Miguelito, ciudad de Panamá.

En los reportes iniciales, en esta población había alta incidencia de conductas desafiantes, opositorista y de mal comportamiento en general. Es bien conocido que es un período del desarrollo del niño y adolescente donde se esperan encontrar estas conductas. Sin embargo, en nuestros mismos sondeos iniciales, supimos que muchos de los niños ya venían con estos comportamientos desde grados anteriores, y que se habían profundizado en los últimos meses, por lo podíamos inferir que la problemática no necesariamente estaba asociada al desarrollo y edad de los sujetos. Nota: en al *Anexo No I*, se presenta el consentimiento informado para la escuela, con los datos de la investigación que se iba a llevar a cabo.

2.9 Muestra.

Se hizo un muestreo por conveniencia, bajo estricto juicio y conveniencia del investigador para los objetivos de este estudio, para poder identificar los niños que cumplieran con los criterios clínicos del Trastorno Negativista Desafiante, de acuerdo al siguiente procedimiento y criterios:

Fase 1 de selección:

1.- Se le entregó un cuestionario a todos los maestros de los grados antes mencionados, con el fin de identificar los niños que cumplieran la mayoría de los criterios diagnósticos del Trastorno Negativista Desafiante. Es decir, en un cuestionario que contenía una lista con todas las características (signos y síntomas) negativistas desafiantes, formuladas como 12 preguntas. Los maestros identificaron cuáles de sus alumnos presentaba la mayoría de estos comportamientos de manera continua (por lo menos el 60%). También debían considerar que estos comportamientos hubiesen estado presentes desde el inicio del año escolar (o sea, una prevalencia de por lo menos 6 meses que es parte de uno de los requisitos diagnósticos). Posteriormente, indicaron sus nombres y marcaron las conductas que más asociaban a los adolescentes. El resultado de este muestreo fueron 16 alumnos.

Ver referencia - Anexo No 2, Cuestionario Preliminar. Dirigido a los maestros, para identificar conductas negativistas desafiantes entre sus alumnos y el ***Anexo No 3 y 4*** con los resultados.

Fase 2 de selección:

2.- Posteriormente se envió un paquete a cada padre de familia que contenía a) el consentimiento informado para su firma y aprobación b) información general de la investigación que se realizaría con cada uno de los alumnos seleccionados, de acuerdo a la

sugerencia de sus maestros para que recibieran el beneficio del plan de intervención con Psicología Positiva para mejorar sus comportamientos y c) un conjunto de cuestionarios para padres, pertenecientes al instrumento de medición de niños de Russell Barckley, para ser rellenos por la madre, padre o persona de mayor interacción con el estudiante, y que es parte de uno de los elementos para el diagnóstico TND.

Ver referencia - Anexo No 5, Consentimiento informado padres, con información del Programa de Intervención.

3.- Se continuó en paralelo con la evaluación psicológica de los pre-seleccionados para identificar los que cumplían con los criterios diagnósticos del Trastorno Negativista Desafiante. Estos estudios incluyen, dentro del protocolo de diagnóstico: entrevista y evaluación con el niño, entrevista, registros y datos con los maestros y compañeros, entrevista, registros y datos de los padres (mencionados en el punto anterior), autoregistros de los mismos alumnos. (Nota: esto se tomó como parte de la información pre-test de la investigación) ***Ver referencia - Anexo No 6-*** Cuadro de control de evaluación Psicológica – Pre Test.

Nota: ***Ver referencia - Anexos No 7 y 8*** – con los datos y gráficos demográficos de la muestra seleccionada.

4.- Luego de realizar la evaluación, pudimos llegar a la conclusión que de los 16 adolescentes, 5 cumplían con los criterios de Dx. Negativista Desafiante, y que el resto cumplía con varios de los criterios, pero no con los suficientes requeridos para el diagnóstico. De estos últimos, por lo menos cuatro (4/16) se acercaban bastante a los criterios totales, sin embargo eran más intermitentes, es decir, podían discriminar y acatar en algunos momentos instrucciones y recapacitar reponiendo la conducta; mientras que los

5/16 diagnosticados tenían un comportamiento oposicionista permanente, quiere decir que siempre se mostraban oposicionista. El resto de los adolescentes seleccionados, mostraba conductas oposicionistas, desafiantes e impulsivas, pero demostraron poder tener más control sobre éstas.

No obstante ser el objetivo inicial y general de esta tesis trabajar con una muestra cuyo diagnóstico clínico fuera el Trastorno Negativista Desafiante, consideramos ético y además relevante para la investigación, trabajar con toda la muestra de 16 adolescentes, pues además de contener a cinco niños que cumplieran con el diagnóstico, resultaba interesante evaluar los signos/rasgos en función a que si responden positivamente al tratamiento, también favorece a estos niños en que se prevenga la aparición de TND, o de cualquier otro problema conductual que no favorezca su bienestar psicológico. Veremos sí, en nuestros análisis, los resultados que obtuvimos con nuestra población de 5 niños diagnosticados con TND, pero también el comportamiento general de toda esta muestra.

2.9.1 Criterios de Inclusión:

- Era primordial para el investigador acceder, como primer criterio, a una muestra que cumpliera los criterios diagnósticos para el Trastorno Negativista Desafiante.
- Adicional al punto anterior, estudiantes que de acuerdo a todas las evaluaciones psicológicas, hubiesen cumplido con más de la mitad de los criterios diagnóstico de un Trastorno Negativista Desafiante.
- Estudiantes que tuvieran entre 11 años 1 día y 13 años 11 meses 30 días.
- Estudiantes que pertenecieran a la Escuela de San Miguelito.

- Estudiantes cuyo acudiente, hubiesen entregado la aprobación por escrito de que su hijo podía formar parte del estudio.
- Estudiantes que tuviesen la disposición de participar en todo el período de la investigación.

2.9.2 Criterios de Exclusión

- Que el estudiante esté recibiendo otro tratamiento psicológico, por este u otro diagnóstico psicológico

2.9.3 Criterios de Eliminación

- Que el estudiante haya faltado máximo a dos sesiones a lo largo de la intervención.

Nota: Se hace la aclaratoria que aunque no había limitación en pertenecer a la muestra, relacionadas con la existencia y diagnóstico de algún otro trastorno relacionado al comportamiento o maduración del adolescente, o tratamiento farmacológico si fuere el caso, sí se solicitó a los padres que esta información fuera ofrecida antes de iniciar el estudio, para ser tomada en cuenta.

Tampoco fue limitante para el investigador, que a lo largo de las evaluación psicológica el alumno cumpliera con el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención (no conocido con antelación, dentro de la información facilitada por los padres), siendo que éste condiciona y niega la opción del Dx del Trastorno negativista desafiante (por norma y protocolo). Aún en ese caso, lo que importó en la investigación es que la representación de los sujetos con conductas disruptivas, oposicionista y desafiantes, pudieran ser considerados y tratados con este enfoque de Psicología Positiva y proporcionarle de manera equitativa a

todos los estudiantes de la muestra, el beneficio de trabajar con sus aspectos sanos y positivos, a favor de su adaptación, funcionalidad y bienestar psicológico; y por añadidura, medir luego la disminución de las conductas desadaptativas.

2.10 Instrumentos y técnicas de medición.

Entrevista clínica semiestructurada: Será un trabajo apoyado en técnicas de recolección de datos como la observación y entrevistas a (1) los maestros, (2) padres y/o representantes y (3) los estudiantes escogidos para este estudio.

Niños Desafiantes. Material de evaluación y folletos para padres de Russell Barckley.

Para medir comportamientos disruptivos de los niños en la escuela y el hogar. Con escala de evaluación de los trastornos de conducta perturbadoras para padres, escala de evaluación de los trastornos de la conducta perturbadora para maestros, entrevista clínica (formulario) para padres.

Hoja de Registro de Conducta negativista desafiante: una escala de registro de conductas negativista desafiante, dividida en 3 escalas. Cada subescala evalúa un tipo de conducta desafiante: a) **Enfado/irritabilidad:** a menudo pierde la calma, a menudo se molesta con facilidad, a menudo está enfadado y resentido; b) **Discusiones /actitud desafiante:** discute a menudo con la autoridad o con los adultos, a menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas, a menudo molesta a los demás deliberadamente, a menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento y c) **Vengativo:** a menudo permanece con rencor por eventos sucedidos, a menudo es vengativo. Estas hojas de registros serán utilizadas como base de información pre test, durante la intervención y post test.

Escala de Bienestar Psicológico BIEPS-J” (Jóvenes Adolescentes) de María Martina Casullo y colaboradores. (2002). Ficha técnica: consta de 13 ítems, que evalúan el Bienestar Psicológico desde una perspectiva multidimensional. Puede administrarse en forma individual o colectiva y se responde en aproximadamente cinco minutos. Los sujetos deben leer cada ítem y responder sobre lo que sintieron y pensaron durante el último mes. Tienen tres opciones de respuesta: 1) de acuerdo (se asignan 3 puntos) 2) ni de acuerdo ni en desacuerdo (se asignan 2 puntos) 3) en desacuerdo (se asigna un punto). Según estos autores, al bienestar psicológico está compuesto por cinco dimensiones: control de situaciones, aceptación de sí mismo, vínculos psicosociales, autonomía y proyectos.

Escala de Felicidad subjetiva (Lyubomirsky &Lepper, 1999). Ficha técnica: esta escala considera la felicidad desde la perspectiva de la persona que responde a las 4 preguntas de que se compone. Esto significa que, aunque existen diferentes motivos para ser feliz, la mayoría de las personas posee su propia idea de qué es ser feliz y saben diferenciar perfectamente cuando lo son de cuando no lo son. y, desde entonces. En este estudio se utilizó, la versión en español, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,73, que se considera adecuada, ya que se compone de 4 ítems. Teniendo un rango de puntuaciones posibles de 4 a 28. La traducción se cotejó con la versión española de Extremera et al.(39). Los resultados han indicado que la Escala de Felicidad Subjetiva (SHS) tiene una adecuada consistencia interna, por medio de los test-retest y la correlación han sugerido una buena confiabilidad, y los estudios de validez de constructo sobre la validez convergente y discriminante han confirmado el uso de esta escala para medir el constructo de la felicidad subjetiva. Citado por F. Hernández y R. Hernández (2014). En los últimos años, ha sido

aplicada en diversos estudios y muestras, incluidos países de América Latina como Colombia, Chile y Perú.

Test de Orientación vital revisado (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Ficha técnica: en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). consta de 6 ítems (más 4 ítems de relleno para hacer menos evidente el contenido) en escala Likert de 5 puntos (Chico, 2002). De ellos, 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y 3 en sentido negativo (dirección pesimismo), los que se revierten para obtener una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo (Ferrando et al., 2002). Esta prueba ha sido utilizada en investigaciones de Cuba, Chile y Colombia.

2.11 Procedimiento:

I Fase de selección de la muestra: esta fase fue a su vez realizada en dos etapas y ya han sido explicadas en el apéndice anterior. Importante destacar que durante esta parte de la investigación, se lograron las mediciones pre test asociadas al Trastorno Negativista Desafiante, toda vez que la aplicación de las pruebas para la evaluación y diagnóstico nos dieron los indicadores de a) los rasgos oposicionistas de cada individuo, b) las dificultades que tienen los mismos para seguir órdenes, normas y procedimientos. Esta información se obtuvo de los padres y de los profesores, y se toma en cuenta como dos fuentes distintas. También se tomaron en cuenta valores de autoregistro conductual, un inventario de comportamiento disruptivo para que cada participante indicara su percepción de sí mismo, respecto a los comportamientos que cita el instrumento.

II Fase de evaluación inicial - Pre test: durante esta fase, inmediatamente después a la anterior y al tener identificada la muestra, se procedió a las mediciones pre test que tenían que ver con el registro conductual y la medición de las variables positivas antes de iniciar el tratamiento: bienestar psicológico general, niveles de felicidad y niveles de optimismo.

El registro conductual se realizaría en tres sesiones para el pre test y consistió en darle instrucciones al grupo para realizar dos tipos de actividades (narrativas/dibujos y juegos), todas enmarcadas en reglas, normas y procedimiento. Con esto se perseguía medir conductualmente la actitud de los participantes en cuanto a la obediencia de dichas instrucciones, y que durante la ejecución de las actividades se pudieran medir otras tantas conductas disruptivas, contenidas en el inventario.

Ver referencia - Anexo No 9 Hoja de registro conductual por sesión. Todas asociadas al TND y **Anexo No 10** con organigrama y fechas de pre, tratamiento y post test.

Ocurrió durante esta fase que el desafío a las normas, el oposicionismo a seguir las instrucciones por parte de la mayoría de los participantes y el comportamiento sin control de molestarse entre ellos, golpearse, interrumpirse, etc, nos dio luces de que no podríamos avanzar en el tratamiento con las condiciones mínimas de atención para que pudiera ser captado e internalizado. Las mediciones durante esta primera parte de esta fase recogen la conducta del grupo, por lo menos mientras se mantenía en un mismo recinto a toda la muestra. (Se reportan en el apartado de análisis y resultados)

El tercer día, el investigador decide dividir el grupo en 4 sub grupos, para iniciar jornadas de una hora con cada grupo. De los 5 estudiantes con Dx TND, se tomaron a los 4 de mayor severidad y se colocó uno en cada grupo. El quinto estudiante se colocó intencionalmente en aquel grupo donde su otro compañero hubiese puntuado menor en conflicto entre ellos, para poder trabajarlos juntos. El resto de los integrantes, es decir, los restantes 11, se repartieron aleatoriamente para equilibrar lo más posible nuestra muestra.

Posteriormente, se realizó una sesión de medición conductual con el mismo tipo de actividades y con los 4 subgrupos, para ver si la medición y experiencia demostraba que se había logrado una estructura que permitiera realizar la intervención. La **tabla 25** demuestra que los comportamientos disruptivos disminuyeron en frecuencia, haciendo posible el trabajo bajo este esquema.

III Fase de tratamiento: la fase de tratamiento consistió en realizar cada día de la programación de sesiones, la misma intervención a cada equipo. Cada sesión tenía una duración de 45 min, y se daban unos 10 minutos adicionales para esperar a que se conformaran los grupos y establecer así la sesión con todos los participantes. En *anexo No 10*, se presentan cuadro de Síntesis de Actividades y estructura de sesiones más ampliada.

IV Fase de evaluación final - Post test: posterior al tratamiento, se procedió a hacer la medición conductual con todo el grupo reunido, es decir los 16 participantes. Se hicieron entrega nuevamente a los padres y profesores de los cuestionarios, con el fin de medir los cambios observados en el comportamiento de los estudiantes.

Por su parte, en esta fase los participantes realizaron el autoregistro conductual y se les aplicaron los instrumentos para medir bienestar global, optimismo y felicidad.

V Fase de evaluación de resultados: corresponde a esta fase la evaluación y análisis de los resultados que arrojaron los instrumentos, tanto nuestro análisis observacional, como el estadístico, para llegar a nuestras conclusiones del estudio y recomendaciones finales. Igualmente, interpretar a partir de la experiencia vivida con cada individuo y en cada sesión, la razón de los resultados obtenidos.

2.12. DISEÑO ESTADÍSTICO

Primero procedimos a hacer un análisis de varianza Anova, para verificar si podemos hacer posteriores análisis para la comprobación de hipótesis, con la muestra completa de 16 sujetos. Recordamos que la asignación de 4 grupos no obedeció a estrategias especiales dentro del diseño experimental, ni porque estuviésemos tratando de manera diferente a los sujetos en cuanto a la aplicación de la intervención psicoterapéutica. Más bien, fue una asignación de grupos para solucionar la contingencia con la que nos encontramos (relacionada al comportamiento de los participantes) y para facilitar que la reasignación en grupos, minimizara la intensidad de estas conductas y se pudieran llevar a cabo las sesiones. No obstante, para hacer más rigurosa nuestra conclusión, aplicamos el análisis estadístico con Anova, que permite contrastar la hipótesis nula de que las medias de K poblaciones son iguales.

Posteriormente, utilizamos la prueba de Wilcoxon. Cuando se trata de variables medibles en por lo menos una escala ordinal y pueden suponerse poblaciones continuas, la prueba no paramétrica más potente es la prueba de sumas de rangos de Wilcoxon. La hipótesis nula del contraste postula que las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad; la hipótesis alternativa establece que hay diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones y puede ser direccional o no. Estos contrastes permiten comprobar si hay diferencias entre las distribuciones de dos poblaciones a partir de dos muestras dependientes o relacionadas; es decir, tales que cada elemento de una muestra está emparejado con un elemento de la otra, de tal forma que los componentes de cada pareja se parezcan entre sí lo más posible por lo que hace referencia a un conjunto de características que se consideran relevantes. También es posible que cada elemento de una muestra actúe como su propio control. V. Alea, M. Guillén & C. Muñoz, (2001). En realidad, es como si estuviésemos haciendo una comparación de cada sujeto con sí mismo.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS Y ANÁLISIS

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados de esta investigación se presentarán en dos secciones. La primera parte a través de la estadística descriptiva, con la utilización de los datos sociodemográficos de la muestra. En la segunda parte, nos enfocaremos en el análisis y prueba estadística de la hipótesis de investigación. Para ello, utilizaremos la estadística inferencial, con un alfa de 0.05.

Para facilitar aún más la comprensión de estos resultados, en vista que se trabajó con cinco variables dependientes, dentro de cada sección separaremos el grupo de las que hemos llamado las **variables positivas**: a) felicidad, b) optimismo y c) bienestar, de las que designamos como **variables negativistas**, propias del Dx. TND: d) oposicionismo y e) dificultad para cumplir órdenes e instrucciones.

Adelantamos que a pesar de habernos visto en la necesidad de segmentar la muestra en 4 grupos por las razones que expusimos en el apartado de la selección de la muestra y de procedimiento, el estadístico ANOVA nos arrojó como resultado que la muestra no cambió. Es decir, podremos hacer nuestros análisis con la muestra completa de los 16 sujetos. Aun así, se plasmó en este trabajo el ejercicio que se hizo de separar los grupos en las variables positivas para su análisis (descriptivo y estadístico), para dejar más claro para el lector que la segmentación de los grupos no alteró dichos resultados.

Otra acotación importante en este análisis, es que durante la investigación se produjo un hallazgo inesperado que también queremos presentar como parte de nuestros resultados, pues los consideramos de relevancia. Se trata de las variables hiperactividad y distractibilidad, que estaban contenidas en el instrumento de evaluación y diagnóstico clínico que utilizamos durante el pre-test y post test para el Trastorno Negativista

Desafiante. Esta información fue recogida en ambos casos (padres y consejeros), y los resultados posteriores al tratamiento fueron de interés para compartir con otros investigadores.

3.1 Análisis descriptivo y estadístico - Variables Positivas

a.- Felicidad: en el nivel de felicidad nos encontramos que la mayoría tuvo una línea base moderada, es decir, la mayoría de los participantes estaba por encima de 5, en una escala que la puntuación máxima es de 7, lo cual indica un nivel de felicidad bueno de entrada. Cuatro participantes estaban por debajo de 5, siendo regular, y un solo participante inició con un nivel que se puede considerar bastante bajo, que fue de 2.5.

Luego de la intervención, 9 de los niños mostraron un incremento en los niveles de felicidad, 2 permanecieron iguales, tuvimos 1 muerte experimental, y cuatro de los participantes disminuyeron su nivel de felicidad. *Ver ref. de Tabla 1 y gráfico 1. También tablas y gráficos 2, 3, 4 y 5 para resultados presentados de los grupos, con esta variable.*

Si nos referimos exclusivamente a los participantes con Dx. TND, se comportaron así con respecto al nivel de felicidad: 2 aumentaron, 1 permaneció igual y 2 disminuyeron. Cabe destacar que de este grupo, el participante que se mostró más oposicionista y negativista antes, durante y al finalizar la intervención, es el del nivel inferior en la escala de felicidad (sujeto 12). *Ver ref. de Tabla 6 y gráfico 6*

COMPARACION PRE TEST Y POST TEST NIVELES DE FELICIDAD POBLACION Dx. TND

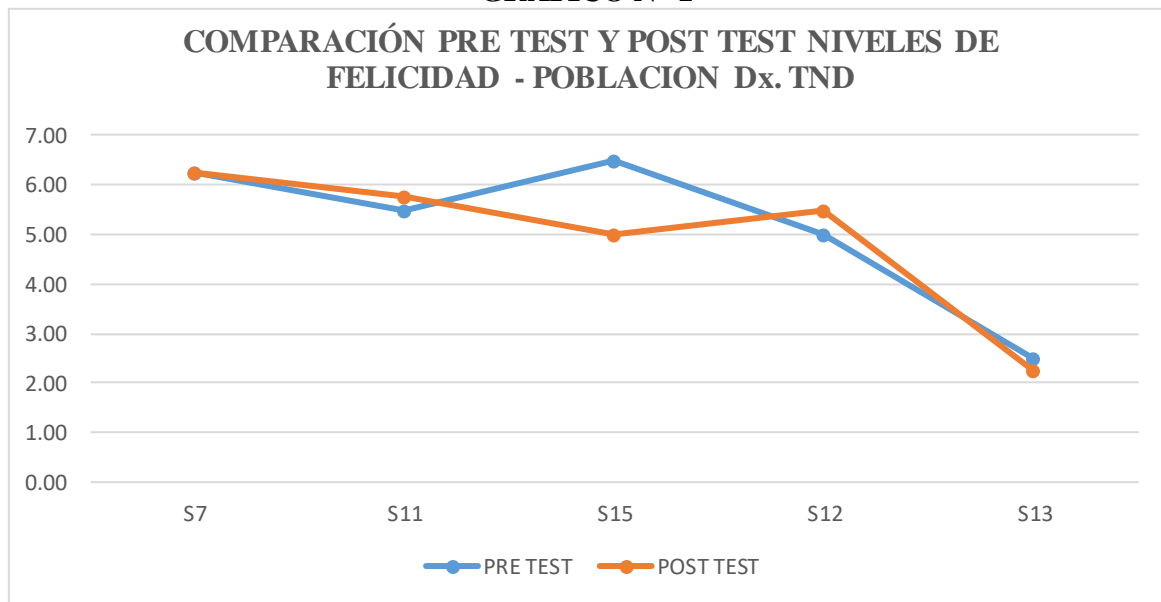
TABLA N° 1

	PRE TEST	POST TEST
POBLACION Dx. TND		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S7	6.25	6.25
S11	5.50	5.75
S15	6.50	5.00
S12	5.00	5.50
S13	2.50	2.25

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
- 2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 1



Fuente: León, L. (2018)

COMPARACION PRE TEST Y POST TEST NIVELES DE FELICIDAD GRUPO 1

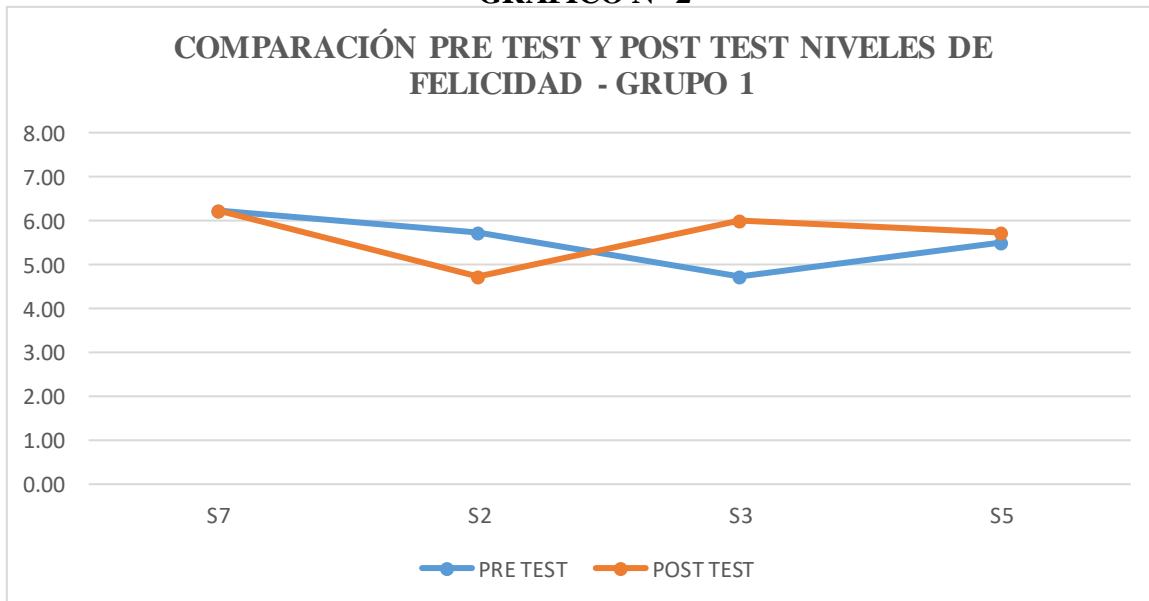
TABLA N° 2

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 1		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S7	6.25	6.25
S2	5.75	4.75
S3	4.75	6.00
S5	5.50	5.75

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
- 2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 2



Fuente: León, L. (2018)

COMPARACION PRE TEST Y POST TEST NIVELES DE FELICIDAD GRUPO 2

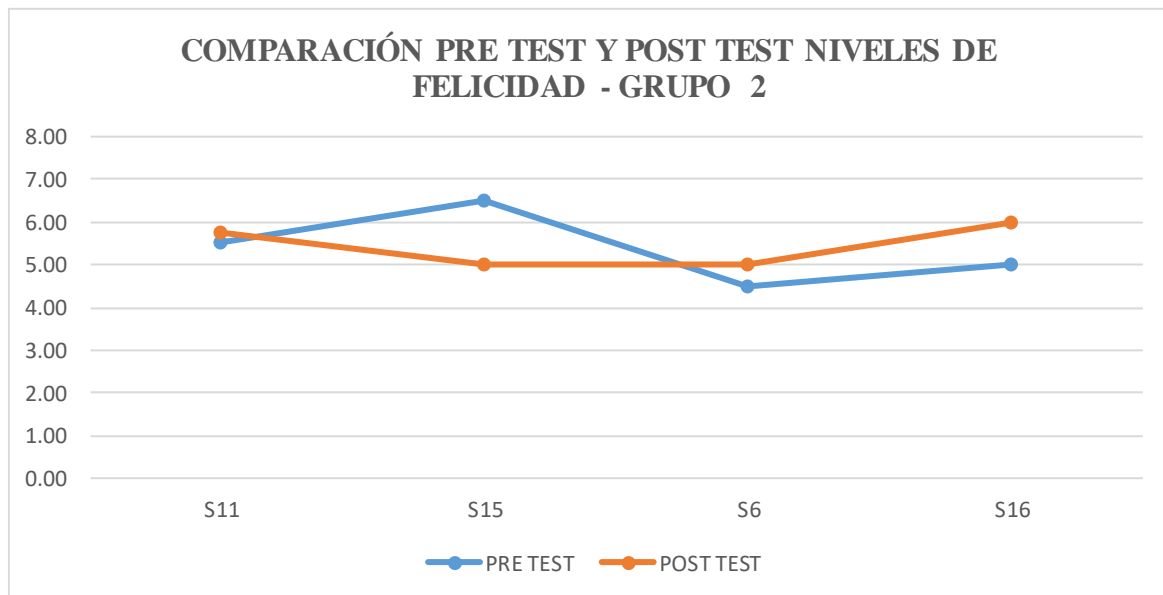
TABLA N° 3

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 2		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S11	5.50	5.75
S15	6.50	5.00
S6	4.50	5.00
S16	5.00	6.00

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
- 2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 3



Fuente: León, L. (2018)

COMPARACION PRE TEST Y POST TEST NIVELES DE FELICIDAD GRUPO 3

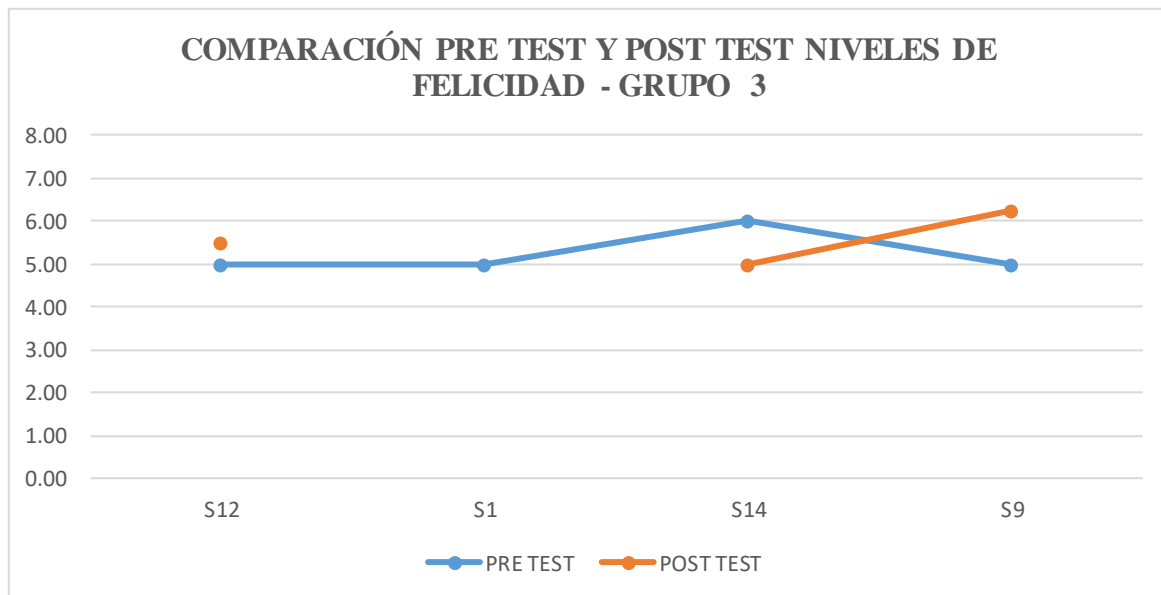
TABLA N° 4

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 3		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S12	5.00	5.50
S1	5.00	
S14	6.00	5.00
S9	5.00	6.25

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
- 2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 4



Fuente: León, L. (2018)

COMPARACION PRE TEST Y POST TEST NIVELES DE FELICIDAD GRUPO 4

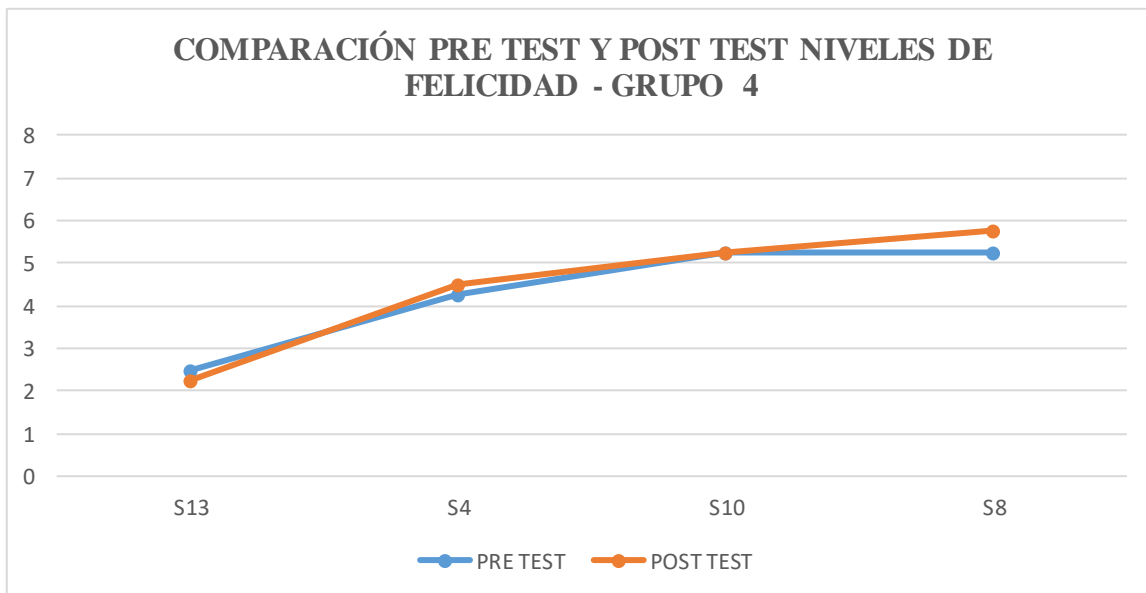
TABLA N° 5

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 4		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S13	2.5	2.25
S4	4.25	4.5
S10	5.25	5.25
S8	5.25	5.75

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
- 2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 5



Fuente: León, L. (2018)

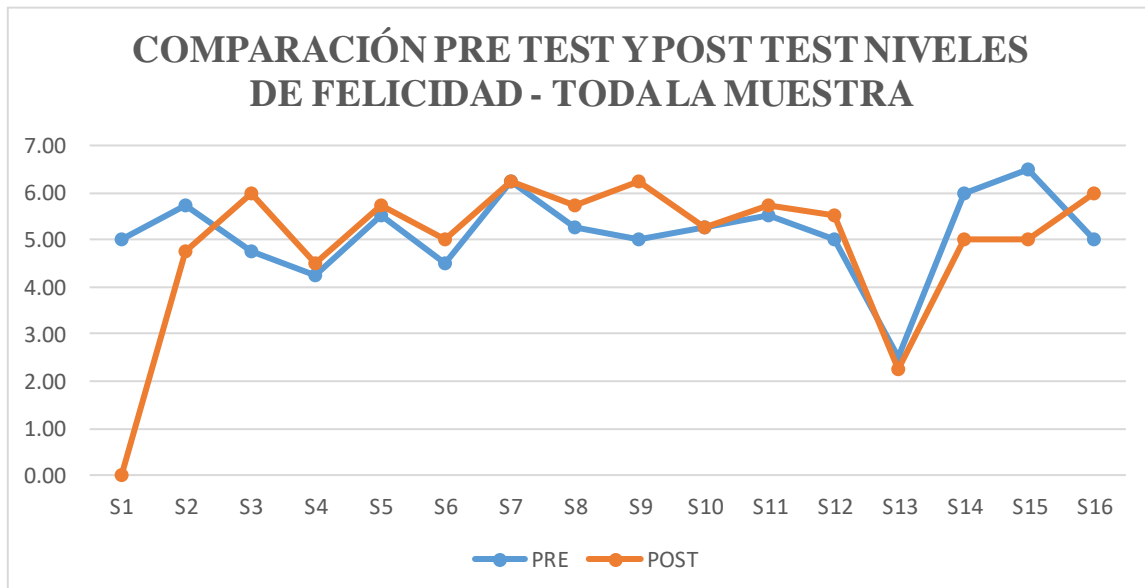
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST NIVELES DE FELICIDAD
TODA LA MUESTRA**

TABLA N° 6

	PRE TEST	POST TEST
TODA LA MUESTRA		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S1	5.00	0.00
S2	5.75	4.75
S3	4.75	6.00
S4	4.25	4.50
S5	5.50	5.75
S6	4.50	5.00
S7	6.25	6.25
S8	5.25	5.75
S9	5.00	6.25
S10	5.25	5.25
S11	5.50	5.75
S12	5.00	5.50
S13	2.50	2.25
S14	6.00	5.00
S15	6.50	5.00
S16	5.00	6.00

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 6



Fuente: León, L. (2018)

TEST NIVELES DE FELICIDAD TODA MUESTRA

Sintaxis	<pre> NPTESTS /INDEPENDENT TEST (PRE TEST) GROUP (MUESTRA) KRUSKAL_WALLIS (COMPARE=PAIRWISE) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95. </pre>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de PRE TEST es la misma entre categorías de MUESTRA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0.466	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de POST TEST es la misma entre categorías de MUESTRA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0.314	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

La normalidad de la muestra se comprueba a través del análisis de Kruskal Wallis, no paramétrico. Los resultados nos permitieron decidir seguir los análisis posteriores de pruebas de hipótesis, tomando la muestra completa de 15 participantes (un participante quedó eliminado por muerte experimental). No obstante, los gráficos también fueron presentados en las páginas anteriores dentro de los grupos conformados, para que el lector pueda apreciar en esa configuración, los comportamientos de esta variable, pre y post test.

TEST NIVELES DE FELICIDAD TODA MUESTRA

Sintaxis	<pre> NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95. </pre>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.752	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

Para la prueba de hipótesis, el estadístico inferencial que utilizamos fue la prueba de Wilcoxon. En el caso de la variable felicidad, la significación estadística es de 0,752. Por lo tanto, no hay indicio para rechazar la hipótesis nula. A pesar del análisis descriptivo de los resultados y del aumento de la variable felicidad en los sujetos de la muestra, no se puede asegurar estadísticamente que los mismos estén relacionados con la aplicación del tratamiento con Psicología Positiva.

b.- Optimismo: en el nivel de optimismo, antes de iniciar el tratamiento, 6 de los niños tenían un nivel bajo, 8 tenían un nivel moderado, y 2 un nivel alto, según el instrumento de medición.

Al finalizar la intervención con Psicología Positiva, 10 de los participantes aumentaron, 2 se mantuvieron igual, hubo 1 muerte experimental, y 3 disminuyeron. Dentro de la escala de optimismo, 3 personas más lograron pasar de un nivel moderado a un nivel alto en el post test. *Ver ref. de Tabla 7 y gráfico 7. También tablas y gráficos 8, 9, 10 y 11 para resultados de los grupos, en esta variable.*

En los individuos con Dx TND, los 6 tuvieron un incremento del nivel del optimismo. Podríamos inferir que en este grupo, la felicidad, que se mide más por lo que ocurre, en comparación con el optimismo, que está más asociado con expectativas futuras, el optimismo tuvo un mejor resultado después de la intervención realizada. Destacamos, sin embargo, que tanto en el pre-test y en el post test (aun aumentando), hubo 2 sujetos con puntuaciones que indican un nivel de optimismo bajo, estando nuevamente presente el sujeto bajo (referido en los resultados de felicidad), incluso con una puntuación deficiente, dentro de la misma escala de “baja”. (sujeto 12). *Ver ref. de Tabla 12 y gráfico 12*

COMPARACION PRE TEST Y POST TEST LOT R PARA MEDIR OPTIMISMO POBLACION Dx. TND

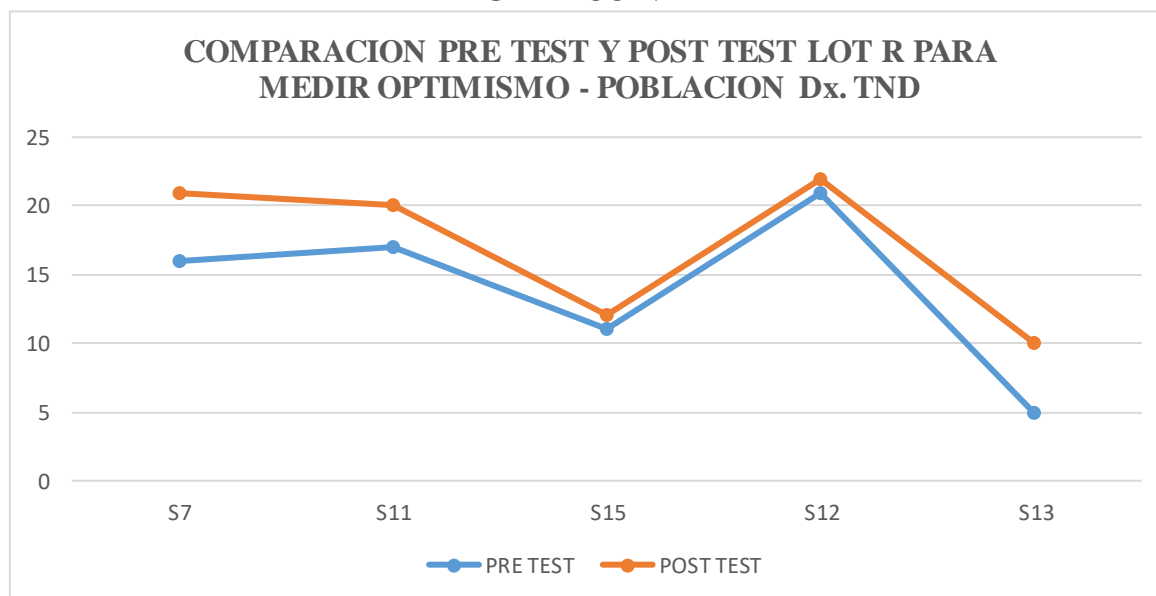
TABLA N° 7

	PRE TEST	POST TEST
POBLACION Dx. TND		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S7	16	21
S11	17	20
S15	11	12
S12	21	22
S13	5	10

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
- 2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 7



Fuente: León, L. (2018)

**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST LOT R PARA MEDIR OPTIMISMO
GRUPO N° 1**

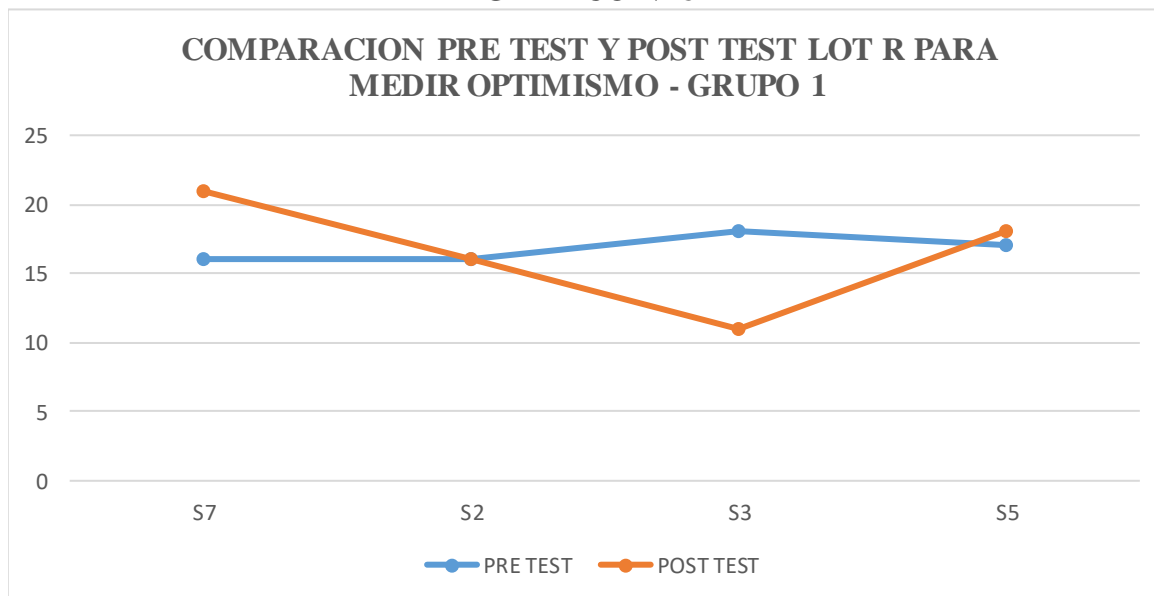
TABLA N° 8

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 1		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S7	16	21
S2	16	16
S3	18	11
S5	17	18

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 8



Fuente: León, L. (2018)

**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST LOT R PARA MEDIR OPTIMISMO
GRUPO N° 2**

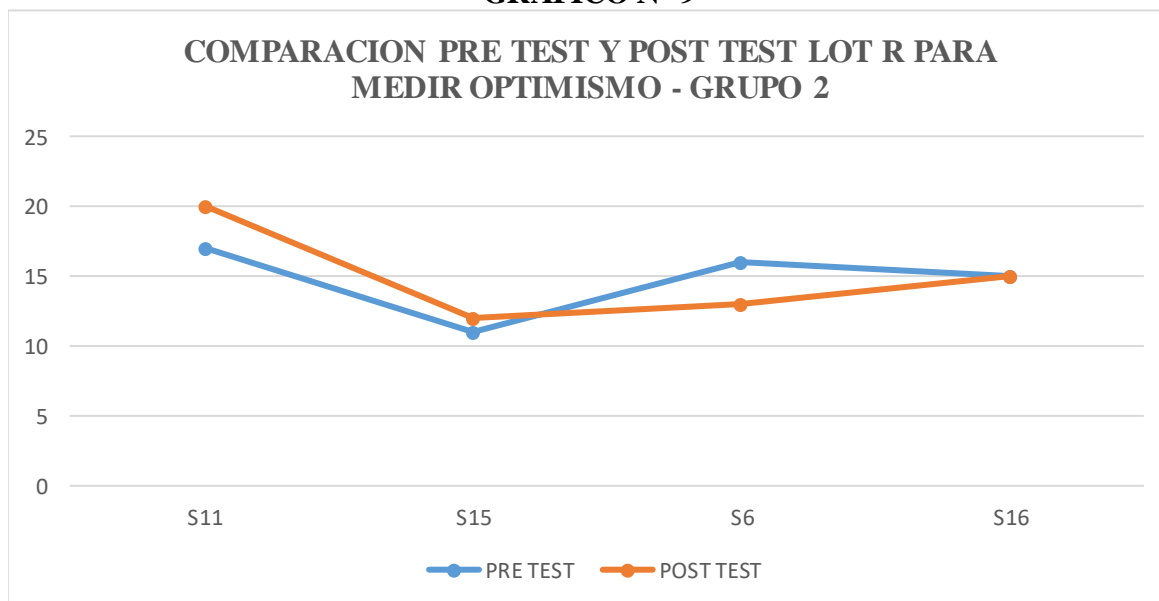
TABLA N° 9

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 2		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S11	17	20
S15	11	12
S6	16	13
S16	15	15

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 9



Fuente: León, L. (2018)

**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST LOT R PARA MEDIR OPTIMISMO
GRUPO N° 3**

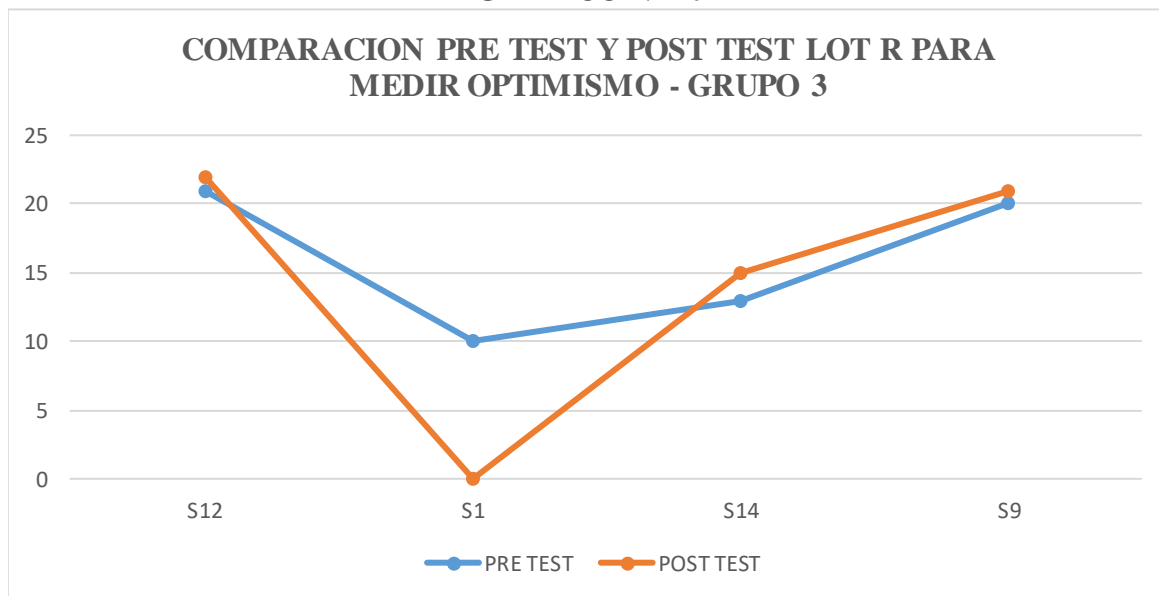
TABLA N° 10

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 3		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S12	21	22
S1	10	0
S14	13	15
S9	20	21

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 10



Fuente: León, L. (2018)

**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST LOT R PARA MEDIR OPTIMISMO
GRUPO N° 4**

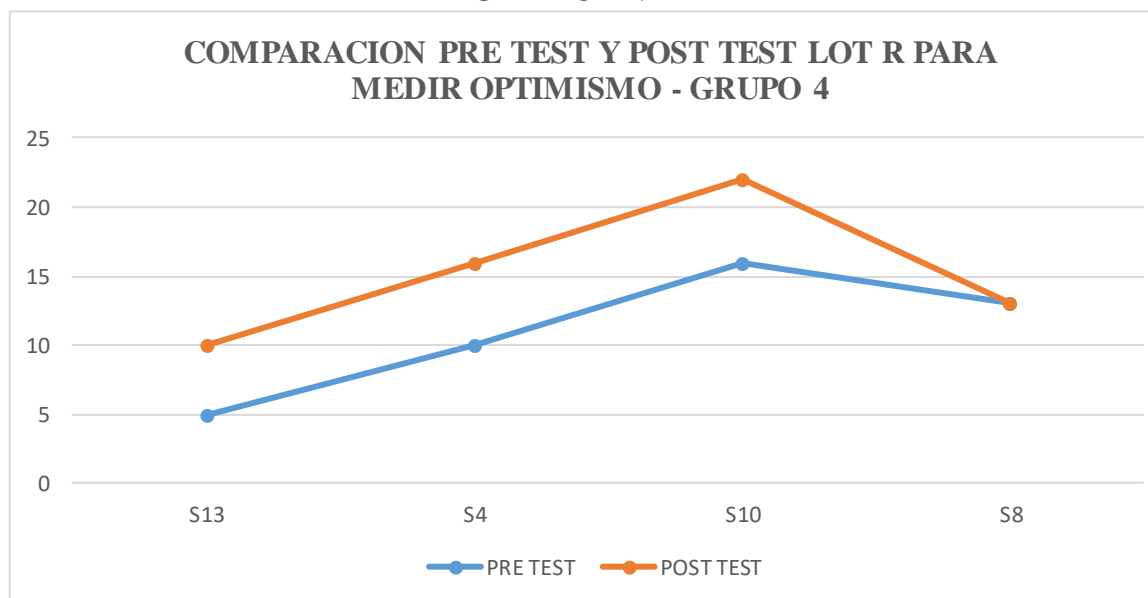
TABLA N° 11

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 4		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S13	5	10
S4	10	16
S10	16	22
S8	13	13

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICA N° 11



Fuente: León, L. (2018)

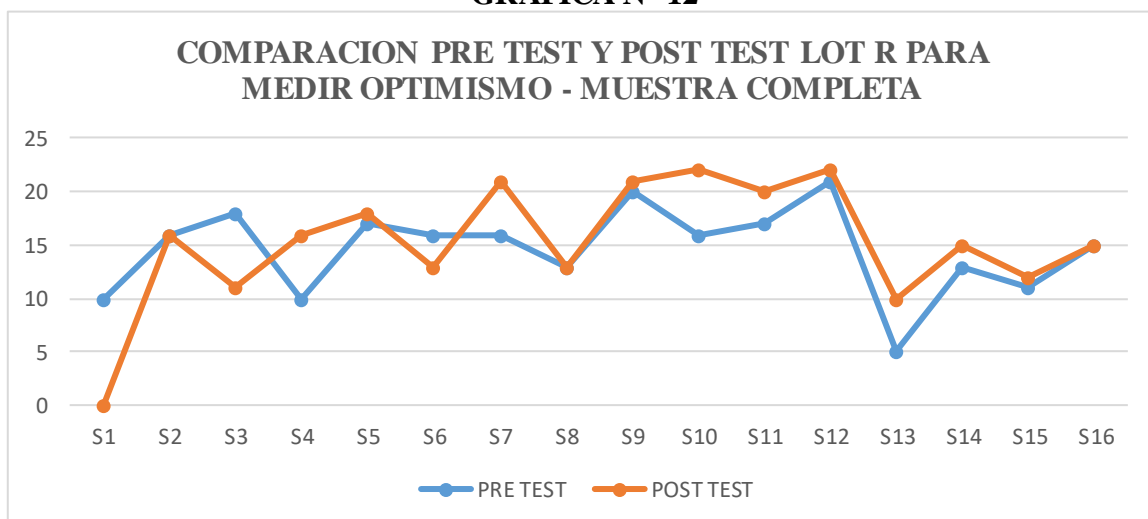
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST LOT R PARA MEDIR OPTIMISMO
MUESTRA COMPLETA**

TABLA N° 12

	PRE TEST	POST TEST
MUESTRA COMPLETA		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S1	10	0
S2	16	16
S3	18	11
S4	10	16
S5	17	18
S6	16	13
S7	16	21
S8	13	13
S9	20	21
S10	16	22
S11	17	20
S12	21	22
S13	5	10
S14	13	15
S15	11	12
S16	15	15

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICA N° 12



Fuente: León, L. (2018)

LOT R PARA MEDIR OPTIMISMO TODA MUESTRA

Sintaxis	<pre> NPTESTS /INDEPENDENT TEST (PRE TEST POST TEST) GROUP (MUESTRA) KRUSKAL_WALLIS (COMPARE=PAIRWISE) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95. </pre>
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de PRE TEST es la misma entre categorías de MUESTRA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0.569	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de POST TEST es la misma entre categorías de MUESTRA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0.780	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

La normalidad de la muestra se comprueba a través del análisis de Kruskal-Wallis, no paramétrico. Los resultados nos permitieron decidir seguir los análisis posteriores de pruebas de hipótesis, tomando la muestra completa de 15 participantes (un participante quedó eliminado por muerte experimental). No obstante, los gráficos también fueron presentados en las páginas anteriores dentro de los grupos conformados, para que el lector pueda apreciar en esa configuración, los comportamientos de esta variable, pre y post test.

TEST LOT R OPTIMISMO TODA MUESTRA				
Sintaxis		NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.		
Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TESTy POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.326	Conserve la hipótesis nula.
Se muestran significaciones asíntóticas. El nivel de significación es de .050.				

Para la prueba de hipótesis, el estadístico inferencial que utilizamos fue la prueba de Wilcoxon. En el caso de la variable optimismo, la significación estadística es de 0,326. Por lo tanto, no hay indicio para rechazar la hipótesis nula. A pesar del análisis descriptivo de los resultados y del aumento de la variable optimismo en los sujetos de la muestra, no se puede asegurar estadísticamente que los mismos estén relacionados con la aplicación del tratamiento con Psicología Positiva.

c.- Bienestar: en cuanto al bienestar, fue una prueba que recogió altas puntuaciones, tanto en el Pre como en el Post test, 15 de los 16 participantes tuvieron inicialmente una puntuación a partir de 30, en un test cuyo máximo puntaje es de 39.

Luego de la intervención, 8 de los participantes tuvieron mayores puntuaciones, 5 permanecieron igual y 2 disminuyeron. Los que permanecieron iguales, tenían de por sí las puntuaciones máximas: entre 35 y 38. De los 2 que disminuyeron, 1 es el sujeto 12, cuyos rasgos oposicionistas eran altos, como ya hemos reportado. ***Ver ref. de Tabla 13 y gráfico 13. También tablas y gráficos 14, 15, 16 y 17 para resultados de los grupos, en esta variable.***

Refiriéndonos al grupo de Dx. TND, 4 tuvieron un incremento en sus puntuaciones de bienestar, 1 permaneció igual, y 1 disminuyó (sujeto 12 de la muestra).

Ver ref. de Tabla 18 y gráfico 18.

Si hacemos un análisis descriptivo, involucrando estas tres variables como las hemos considerado hasta ahora: variables positivas sobre el bienestar psicológico, podemos concluir que luego del tratamiento más de la mitad de la muestra experimentó aumento en la felicidad, optimismo y bienestar, respectivamente: 9/15, 10/15 y 8/15, (quince y no dieciséis, considerando que el No 1 de los sujetos fue muerte experimental). Además, 1/15, 2/15 y 5/15 permanecieron igual. Los sujetos que no experimentaron aumento en sus variables positivas, asociadas al bienestar psicológico luego de la intervención fueron: 4/15, 3/15 y 2/15, respectivamente. De esos sujetos que no aumentaron su bienestar y con respecto a nuestra muestra clínica de 5 niños con TND, el resultado fue el siguiente: 2/4, 0/3 y 0/2 respectivamente. Es decir, de los cuatro sujetos que no incrementaron su felicidad, dos pertenecían a los niños con Dx. TND, y de los 3 sujetos que no incrementaron su optimismo y 2 que no aumentaron su bienestar global, ninguno pertenecía a esta muestra.

**COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST RESULTADOS EN LA ESCALA
BIEPS-J PARA MEDIR BIENESTAR PSICOLÓGICO
POBLACION Dx. TND**

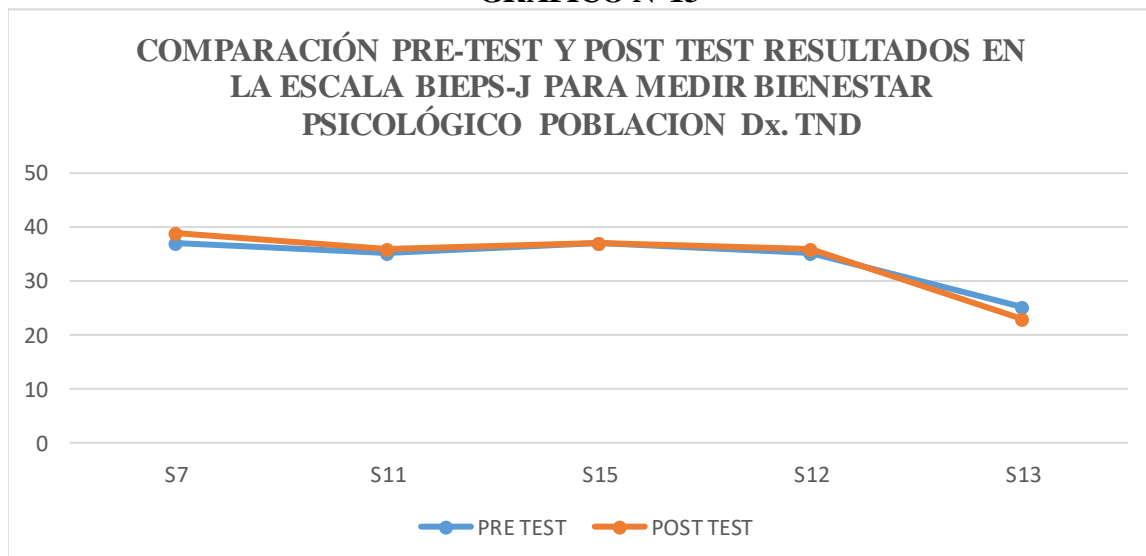
TABLA N° 13

	PRE TEST	POST TEST
POBLACION Dx. TND		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S7	37	39
S11	35	36
S15	37	37
S12	35	36
S13	25	23

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N°13



Fuente: León, L. (2018)

**COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST RESULTADOS EN LA ESCALA
BIEPS-J PARA MEDIR BIENESTAR PSICOLÓGICO
GRUPO 1**

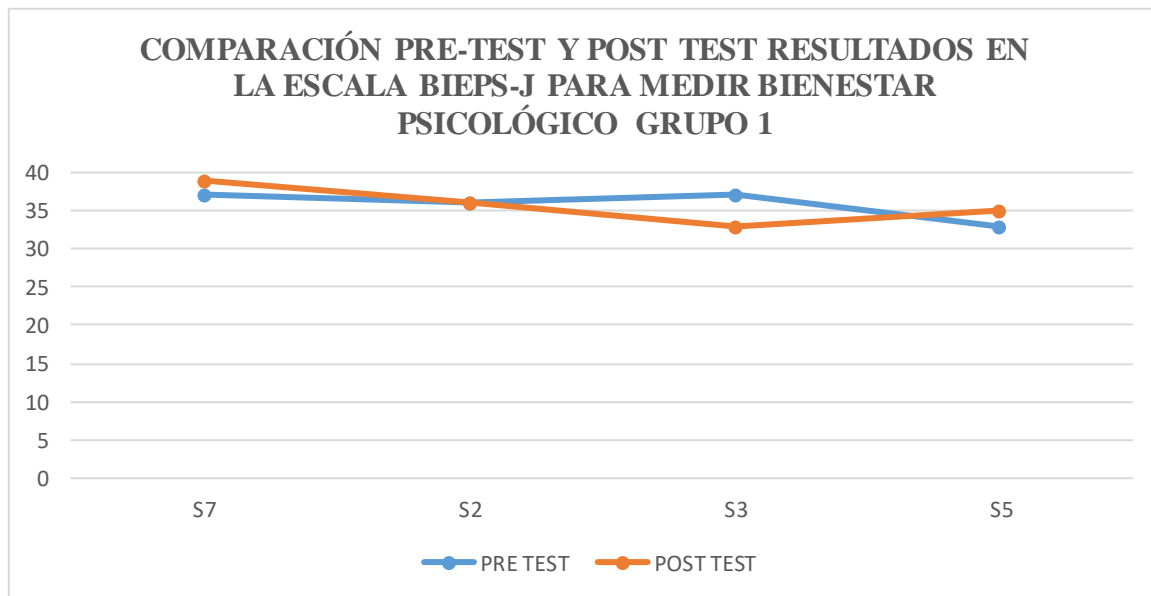
TABLA N° 14

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 1		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S7	37	39
S2	36	36
S3	37	33
S5	33	35

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 14



Fuente: León, L. (2018)

**COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST RESULTADOS EN LA ESCALA
BIEPS-J PARA MEDIR BIENESTAR PSICOLÓGICO
GRUPO 2**

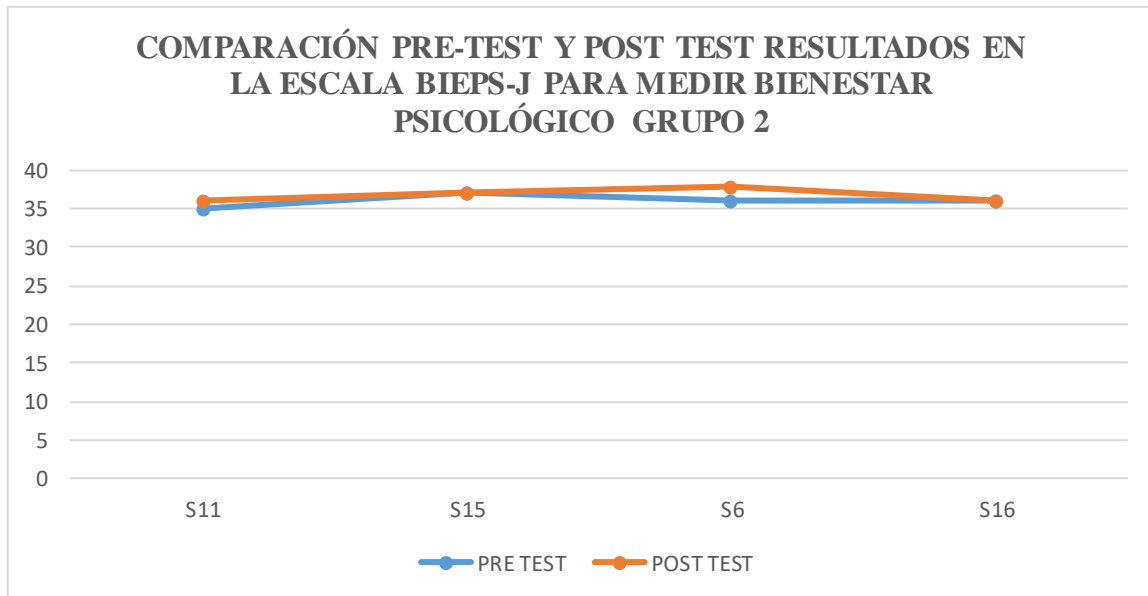
TABLA N° 15

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 2		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S11	35	36
S15	37	37
S6	36	38
S16	36	36

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 15



Fuente: León, L. (2018)

**COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST RESULTADOS EN LA ESCALA
BIEPS-J PARA MEDIR BIENESTAR PSICOLÓGICO
GRUPO 3**

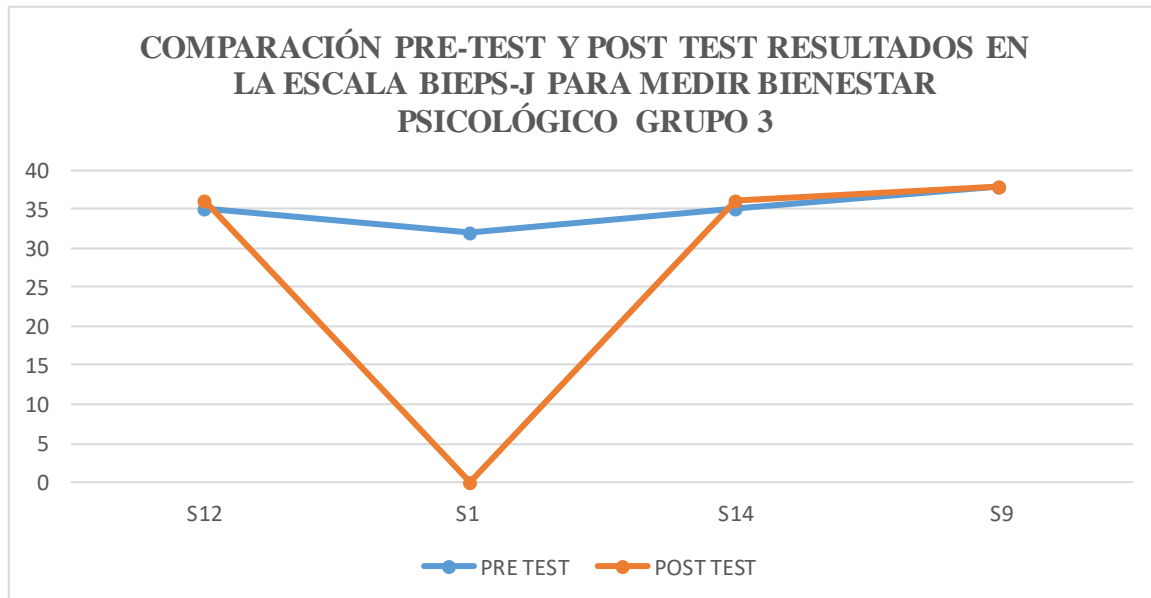
TABLA N° 16

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 3		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S12	35	36
S1	32	0
S14	35	36
S9	38	38

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
- 2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 16



Fuente: León, L. (2018)

**COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST RESULTADOS EN LA ESCALA
BIEPS-J PARA MEDIR BIENESTAR PSICOLÓGICO
GRUPO 4**

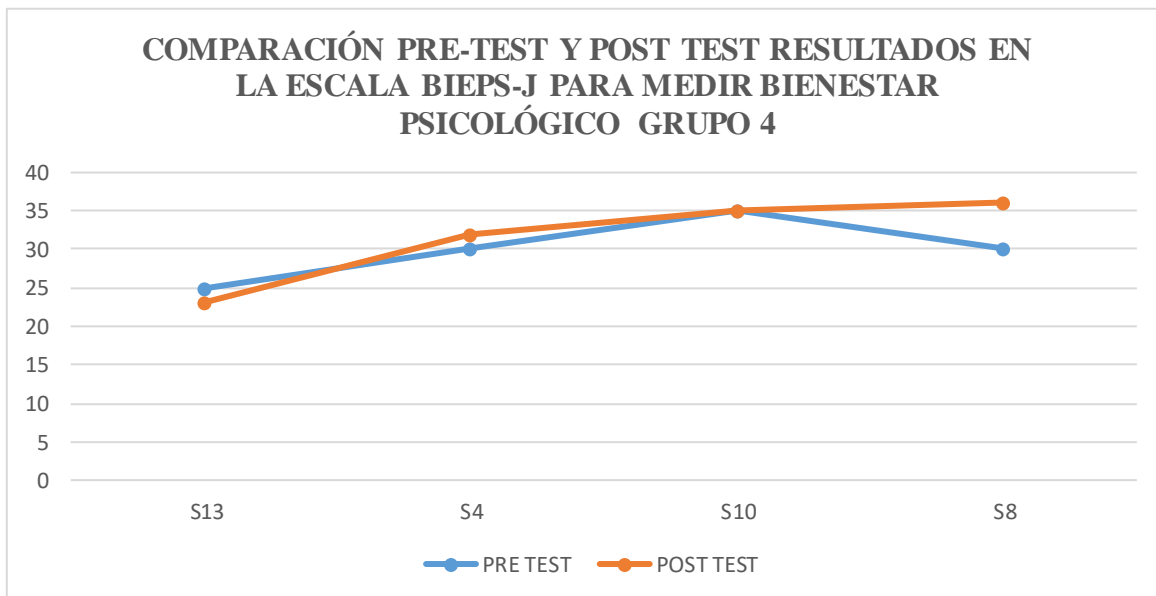
TABLA N° 17

	PRE TEST	POST TEST
GRUPO 4		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S13	25	23
S4	30	32
S10	35	35
S8	30	36

- 1.- Los participantes resaltados en amarillo, presentan TND
- 2.- Los participantes resaltados en gris puntuaron alto en los criterios TND, pero no lo suficiente para el diagnóstico del trastorno.

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 17



Fuente: León, L. (2018)

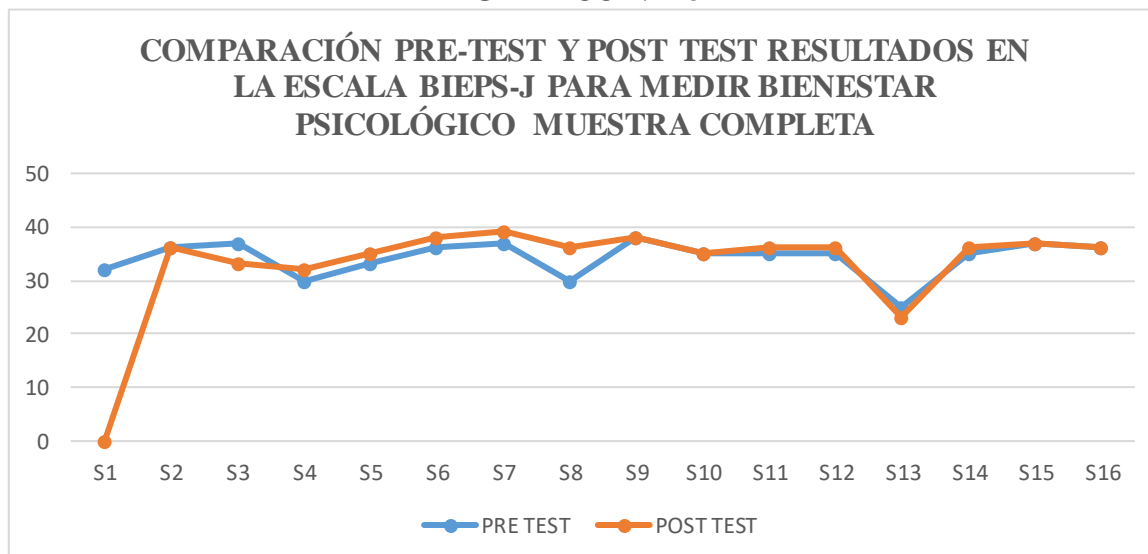
**COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST RESULTADOS EN LA ESCALA
BIEPS-J PARA MEDIR BIENESTAR PSICOLÓGICO
MUESTRA COMPLETA**

TABLA N° 18

	PRE TEST	POST TEST
MUESTRA COMPLETA		
NOMBRE	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
S1	32	0
S2	36	36
S3	37	33
S4	30	32
S5	33	35
S6	36	38
S7	37	39
S8	30	36
S9	38	38
S10	35	35
S11	35	36
S12	35	36
S13	25	23
S14	35	36
S15	37	37
S16	36	36

Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 18



Fuente: León, L. (2018)

TEST ESCALA DE BIEPS TODA MUESTRA

Sintaxis	NPTESTS /INDEPENDENT TEST (PRE TEST POST TEST) GROUP (MUESTRA) KRUSKAL_WALLIS (COMPARE=PAIRWISE) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de PRE TEST es la misma entre categorías de MUESTRA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0.261	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de POST TEST es la misma entre categorías de MUESTRA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0.320	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

La normalidad de la muestra se comprueba a través del análisis de Anova, no paramétrico. Los resultados nos permitieron decidir seguir los análisis posteriores de pruebas de hipótesis, tomando la muestra completa de 15 participantes (un participante quedó eliminado por muerte experimental). No obstante, los gráficos también fueron presentados en las páginas anteriores dentro de los grupos conformados, para que el lector pueda apreciar en esa configuración, los comportamientos de esta variable, pre y post test.

TEST ESCALA DE BIEPS TODA MUESTRA

Sintaxis	<pre> NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95. </pre>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.529	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

Para la prueba de hipótesis, el estadístico inferencial que utilizamos fue la prueba de Wilcoxon. En el caso de la variable felicidad, la significación estadística es de 0,529. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. A pesar del análisis descriptivo de los resultados y del aumento de la variable bienestar en los sujetos de la muestra, no se puede asegurar estadísticamente que los mismos estén relacionados con la aplicación del tratamiento con Psicología Positiva.

Análisis descriptivo y estadístico - Variables Negativistas

Estas variables están contenidas en el instrumento que se aplica a los padres y al profesor consejero. La mayoría de los criterios oposicionistas, fueron encontrados en el aula y muy pocas en el hogar. Sabemos que este tipo de trastorno puede manifestarse clínicamente más en un ambiente que en otro. Incluso en un mismo ambiente, y no en algunos. Infiere también el investigador que la base con la que miden los padres pudiera ser más blanda, pues de aceptar estos comportamientos el padre puede temer por consecuencias en el Colegio. Aun así, nos interesa medir qué ocurrió con todos los rasgos también en el hogar, para saber si desde la percepción de los padres, aumentaban, disminuían o se mantenían.

d.- Oposicionismo:

Padres: según reportan los padres, 6 niños aumentaron sus comportamientos oposicionistas, 5 se mantuvieron igual, hubo una muerte experimental, y sólo 3 mejoraron. *Ver ref. de Tabla 19 – 19A y gráfico 19A.*

Consejeros: según el reporte de los Profesores Consejeros, 10 de los niños mejoraron sus comportamientos oposicionistas, 4 aumentaron esta conducta, 1 se mantuvo igual y hubo 1 muerte experimental. *Ver ref. de Tabla 19 – gráfico 19B*

Si nos referimos a nuestros sujetos con Dx. TND, tenemos que 3 sujetos bajaron sus comportamientos negativistas, y 2 lo aumentaron. Incluso, nuestro sujeto No. 12 tuvo un punto menos en oposicionismo, lo cual aunque cuantitativamente no es mucho, que su conducta se haya percibido mejor en el post test, definitivamente es un avance para el investigador. *Ver ref. de Tabla 20 y gráfico 20.*

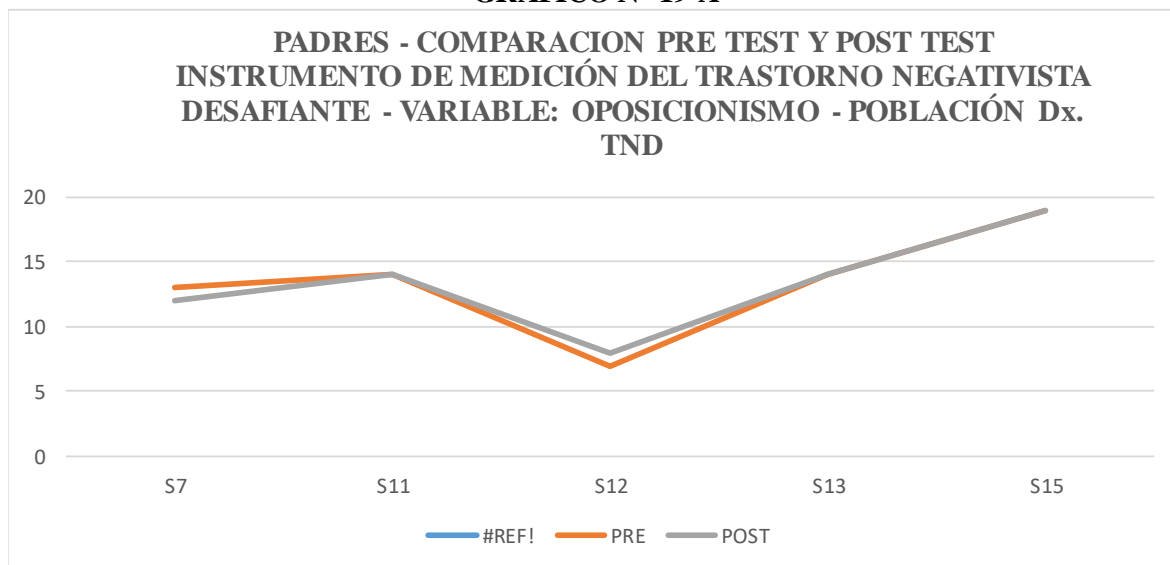
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: OPOSICIONISMO
POBLACIÓN Dx. TND**

TABLA N° 19

	PADRES (A)		CONSEJERO (B)		PROFESOR (C)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
S7	13	12	18	11	13	11
S11	14	14	19	22	14	16
S12	7	8	22	21	23	20
S13	14	14	11	14	14	12
S15	19	19	20	17	12	8

Fuente: León, L. (2018)

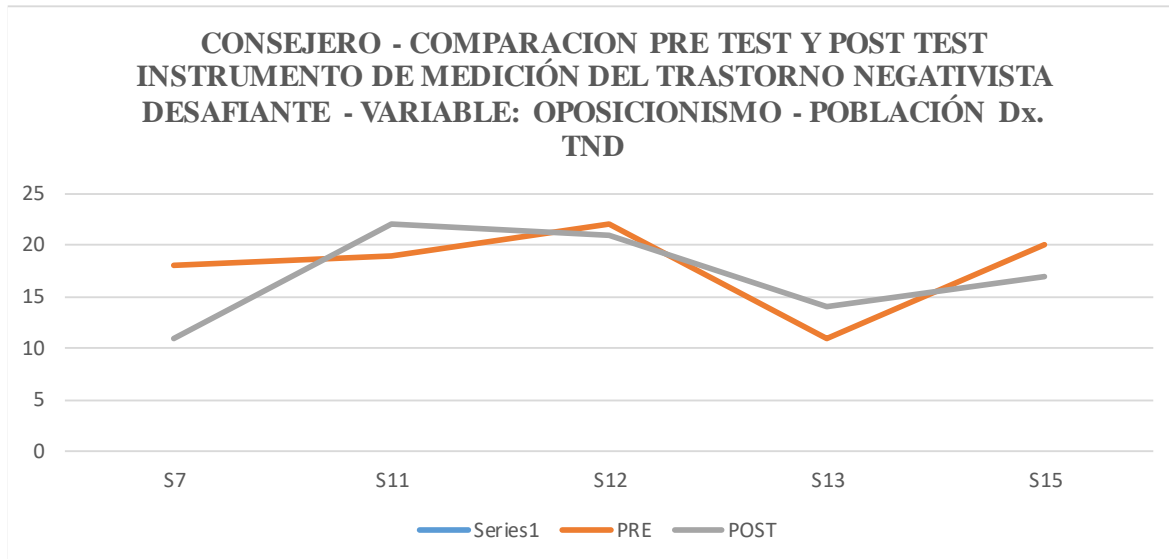
GRÁFICO N° 19-A



Fuente: León, L. (2018)

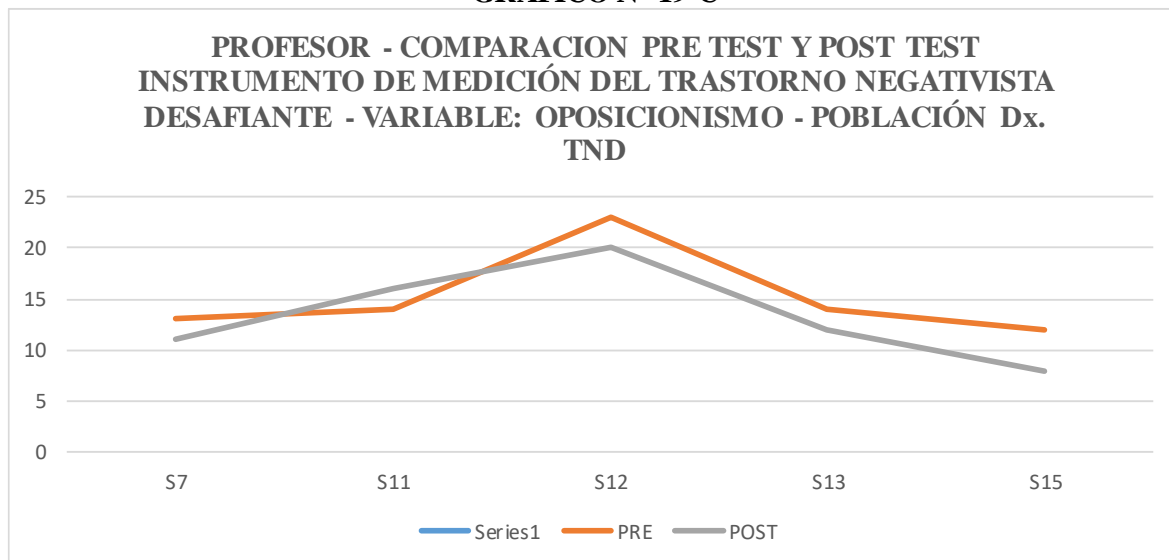
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: OPOSICIONISMO
POBLACIÓN Dx. TND**

GRÁFICO N° 19-B



Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 19-C



Fuente: León, L. (2018)

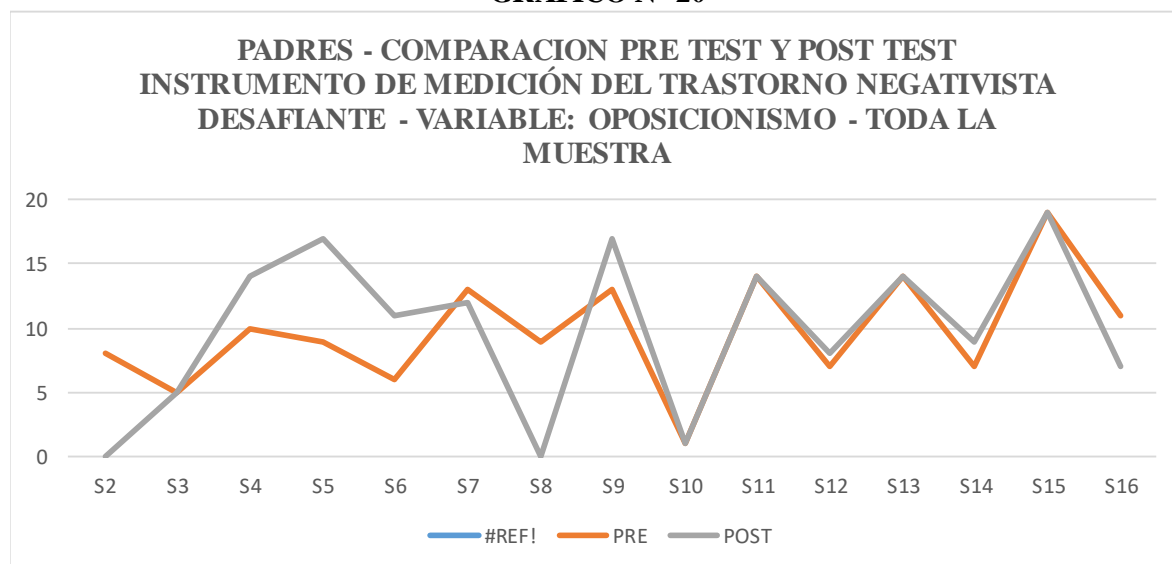
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: OPOSICIONISMO
TODA LA MUESTRA**

TABLA N° 20

	PADRES (A)		CONSEJERO (B)		PROFESOR (C)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
S1	0	0	20	20	18	8
S2	8	0	14	20	12	14
S3	5	5	12	9	1	2
S4	10	14	11	11	3	3
S5	9	17	13	3	11	6
S6	6	11	11	12	4	4
S7	13	12	18	11	13	11
S8	9	0	22	11	11	11
S9	13	17	15	10	13	10
S10	1	1	12	13	14	13
S11	14	14	19	22	14	16
S12	7	8	22	21	23	20
S13	14	14	11	14	14	12
S14	7	9	16	10	14	10
S15	19	19	20	17	12	8
S16	11	7	11	5	14	12

∴ León, L. (2018)

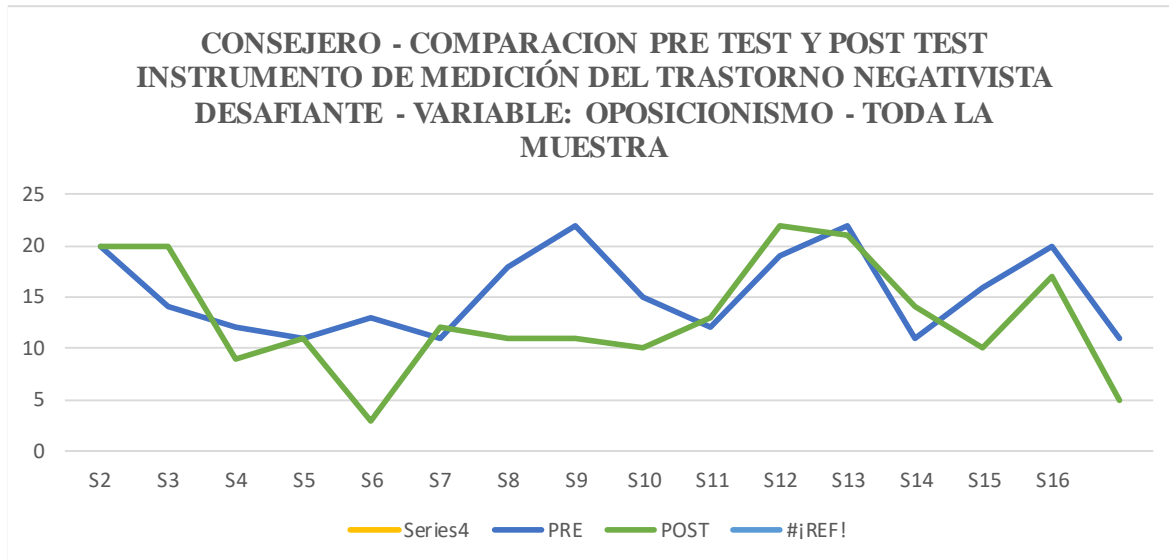
GRÁFICO N° 20



∴ León, L. (2018)

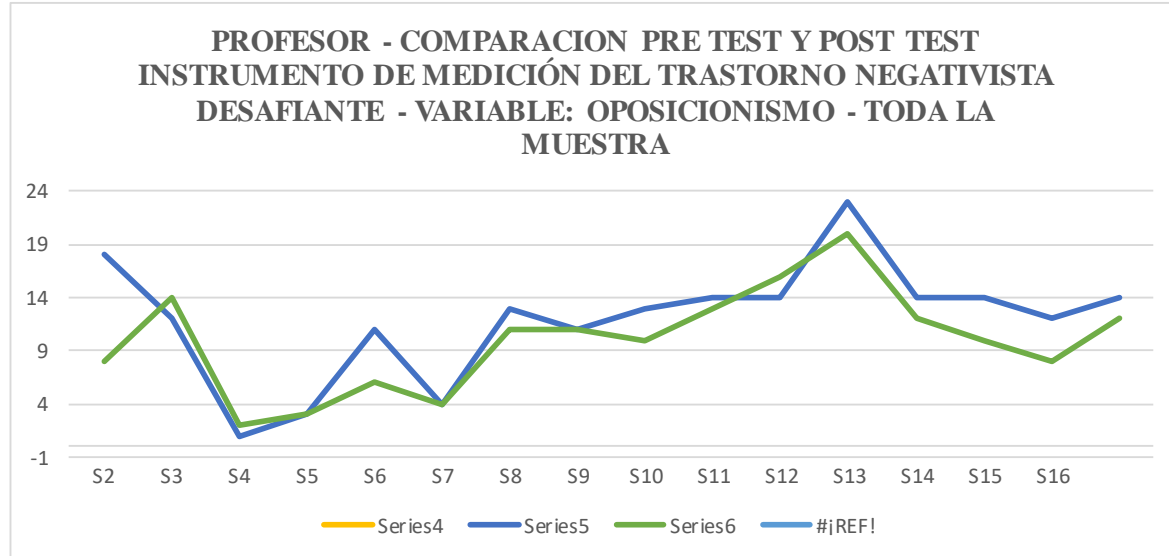
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: OPOSICIONISMO
TODA LA MUESTRA**

GRAFICO N° 20-A



∴ León, L. (2018)

GRÁFICO N° 20-B



∴ León, L. (2018)

OPOSICIONISMO TODA MUESTRA PADRES

Sintaxis	<pre> NPTESTS /RELATED TEST(NewVariable00001 NewVariable00002) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95. </pre>
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.798	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

En el caso de la variable negativista oposicionismo, la significación estadística es de 0,798 en la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Por lo tanto, no hay indicio para rechazar la hipótesis nula.. No hubo una disminución en el comportamiento oposicionista de los sujetos de la muestra, en lo que respecta a los resultados que reportan los padres.

OPOSICIONISMO TODA MUESTRA CONSEJERO

Sintaxis	NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.083	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

En el caso de la variable negativista oposicionismo, la significación estadística es de 0,083 en la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. No hubo una disminución en el comportamiento oposicionista de los sujetos de la muestra, en lo que respecta a los resultados que reportan los maestros Consejeros.

Si bien en el análisis descriptivo de los resultados reportamos una disminución en 10 de los sujetos participantes, no se puede asegurar estadísticamente que los mismos estén relacionados con la aplicación del tratamiento con Psicología Positiva.

e.- Dificultad para cumplir órdenes e instrucciones:

Padres: las puntuaciones recogidas de los padres indican que de los 15 niños que nos quedaron luego de la muerte experimental, 11 niños disminuyeron su dificultad para cumplir órdenes e instrucciones en el hogar. Los otros 4 niños se mantuvieron iguales. ***Ver ref. de Tabla 21 y gráfico 21A***

Consejeros: en cuanto a la evaluación aplicada a los consejeros, indican que de los 15 niños, 11 son más obedientes o acatan mejor las órdenes o instrucciones, 1 permaneció igual, mientras que 3 tuvieron mayor puntaje en su dificultad. ***Ver ref. de Tabla 21 y gráfico 21B***

En el caso de los sujetos con DX TND, los tres sujetos referidos en el párrafo anterior, pertenecen a nuestro grupo clínico. Por lo tanto, vemos como este parámetro si se mantuvo alto en esta parte de la muestra.

Para reforzar nuestro análisis de comportamientos negativistas desafiantes pre y post a la prueba, también podemos tomar como referencia los datos de la tabla de resultados conductuales. Esta información no pudo cumplir su objetivo de avalar el registro de conductas pre y pos test, porque coincidió el post test con la suspensión de dos de nuestros sujetos con Dx TND, además de otras inasistencias, por lo que pierde el valor estadístico. Sin embargo, nos es una referencia observacional de cómo variaron las conductas típicas del trastorno según el DSM-5 presentes en el Pre Test , respecto al post test.

Para ello, se sumaron las cantidades de veces que ocurría un comportamiento durante el pre test y luego se hizo lo mismo en el post test, y se promediaron de acuerdo a la cantidad de días que había asistido ese participante, para tomar su referencia antes y después de la intervención. Y en lo que respecta a nuestros sujetos diagnosticados, que es en quienes las

conductas estaban altamente manifiestas, nos dan el resultado de una disminución en las conductas problemas relacionadas a nuestro diagnóstico.

Las evidencias, tablas y gráficas analizadas, nos permiten concluir que luego de administrado el tratamiento, en un grupo hubo un aumento de las variables positivas y una disminución de las conductas asociadas a los signos y síntomas oposicionistas, desafiantes. Si nos avocamos a la parte de la muestra que es de nuestro interés clínico es decir, la del Dx. TND, podemos ver que entre más latentes están estas conductas, los patrones oposicionistas se vuelven, si no más estables, sí más fuertes al punto de dificultar que se produzcan los cambios. Aun así, ocurrieron.

En entrevistas durante la evaluación post test con los profesores, coincidían en reconocer que la mayoría de los niños había tenido un cambio leve, pero notorio en su actitud, y en sus comportamientos, reportaron verlos más tranquilos, etc. Sólo un niño fue la excepción, pero también se enfrentaba a situaciones familiares conflictivas de alto nivel, que le ponían muy sensible.

Se debe tomar en cuenta, además, que este estudio sólo tomo en cuenta la intervención del niño durante las sesiones y que el mayor alcance fuera del salón, eran tareas en las que se trataba de mantener al niño internalizando el resultado de su sesión. No obstante, la idea es extender las pautas de esta intervención al aula y al hogar, para mayor resultado con esta población vulnerable y por la naturaleza del diagnóstico, difícil.

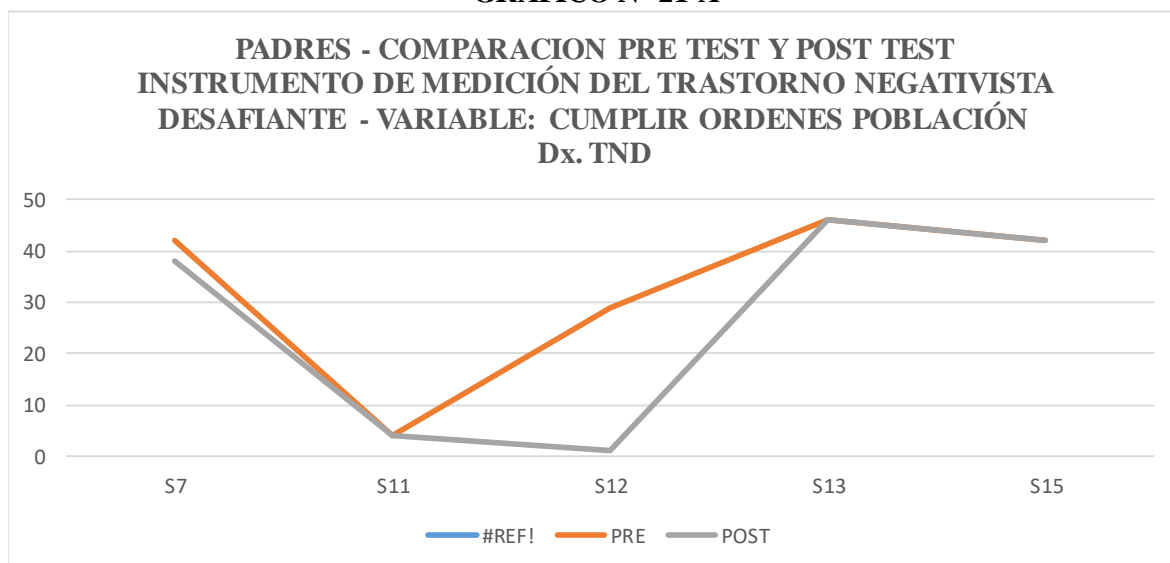
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: CUMPLIR ORDENES
POBLACIÓN Dx. TND**

TABLA N° 21

	PADRES (A)		CONSEJERO (B)		PROFESOR (C)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
S7	42	38	54	38	21	38
S11	4	4	53	61	30	30
S12	29	1	27	41	35	36
S13	46	46	33	54	26	18
S15	42	42	44	36	21	10

Fuente: León, L. (2018)

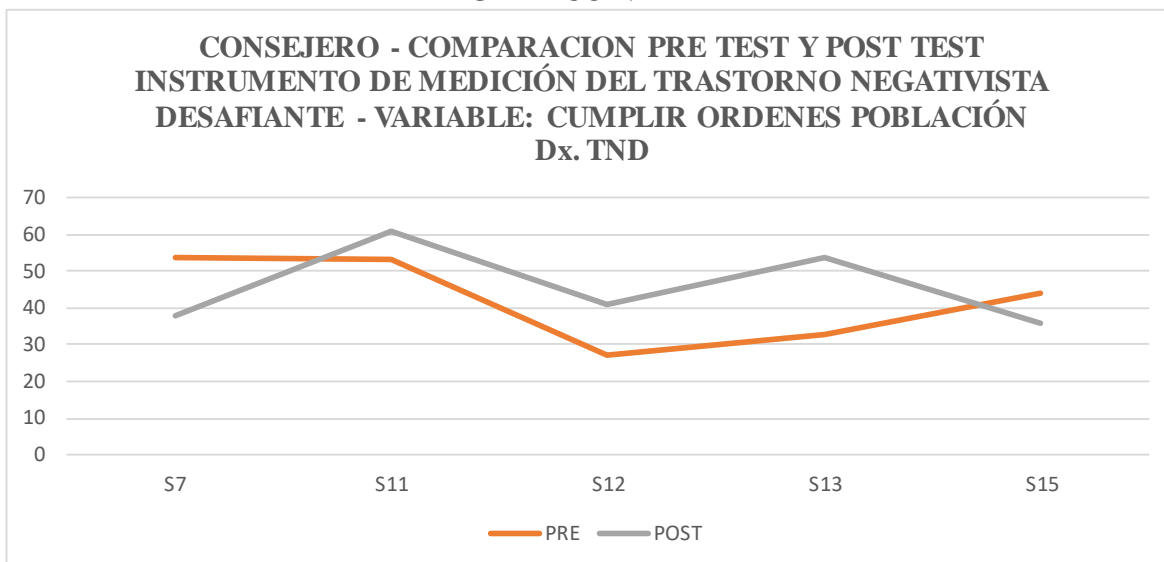
GRÁFICO N° 21-A



Fuente: León, L. (2018)

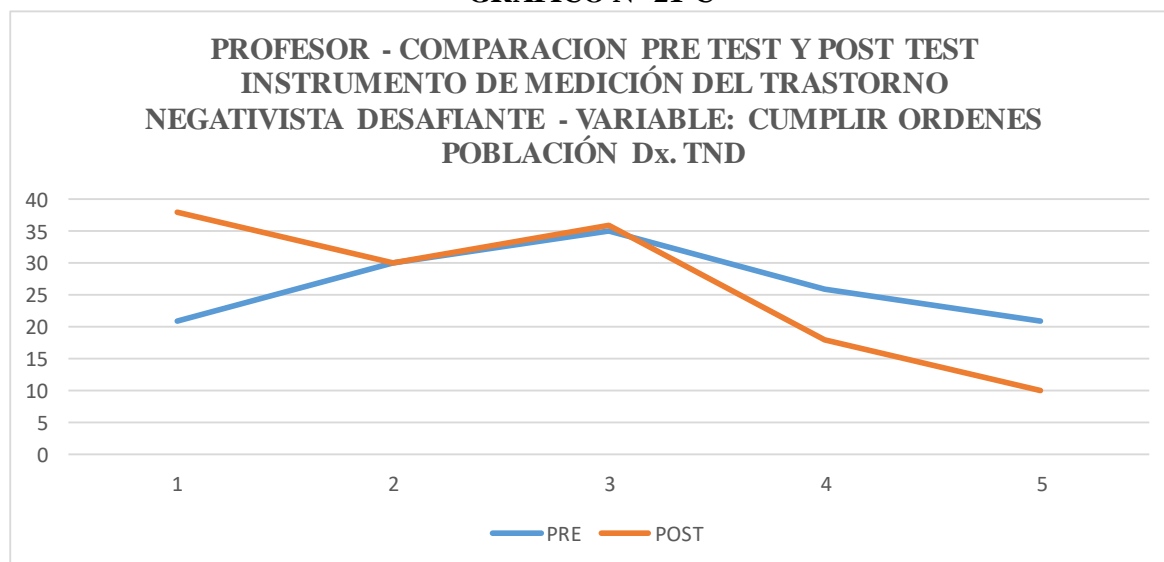
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: CUMPLIR ORDENES
POBLACIÓN Dx. TND**

GRÁFICO N° 21-B



Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 21-C



Fuente: León, L. (2018)

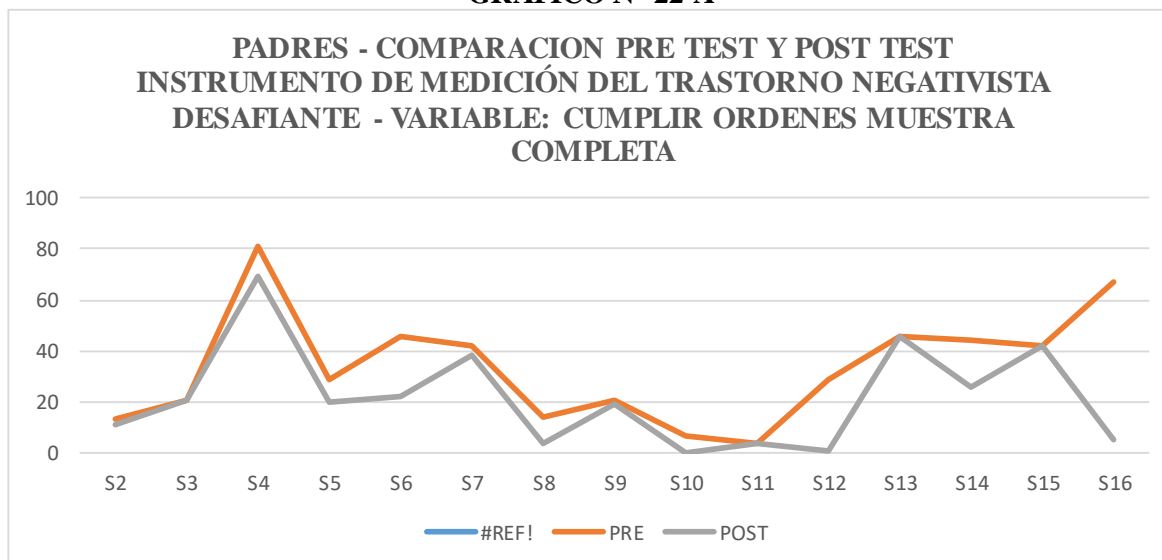
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: CUMPLIR ORDENES
TODA LA MUESTRA**

TABLA N° 22

	PADRES (A)		CONSEJERO (B)		PROFESOR (C)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
S1	0	0	32	32	35	35
S2	13	11	15	11	40	32
S3	21	21	34	19	20	15
S4	81	69	4	2	10	9
S5	29	20	72	25	20	13
S6	46	22	13	13	12	14
S7	42	38	54	38	21	38
S8	14	4	90	27	36	20
S9	21	19	72	42	25	20
S10	7	0	46	27	30	22
S11	4	4	53	61	30	30
S12	29	1	27	41	35	36
S13	46	46	33	54	26	18
S14	44	26	16	11	21	20
S15	42	42	44	36	21	10
S16	67	5	23	18	21	18

Fuente: León, L. (2018)

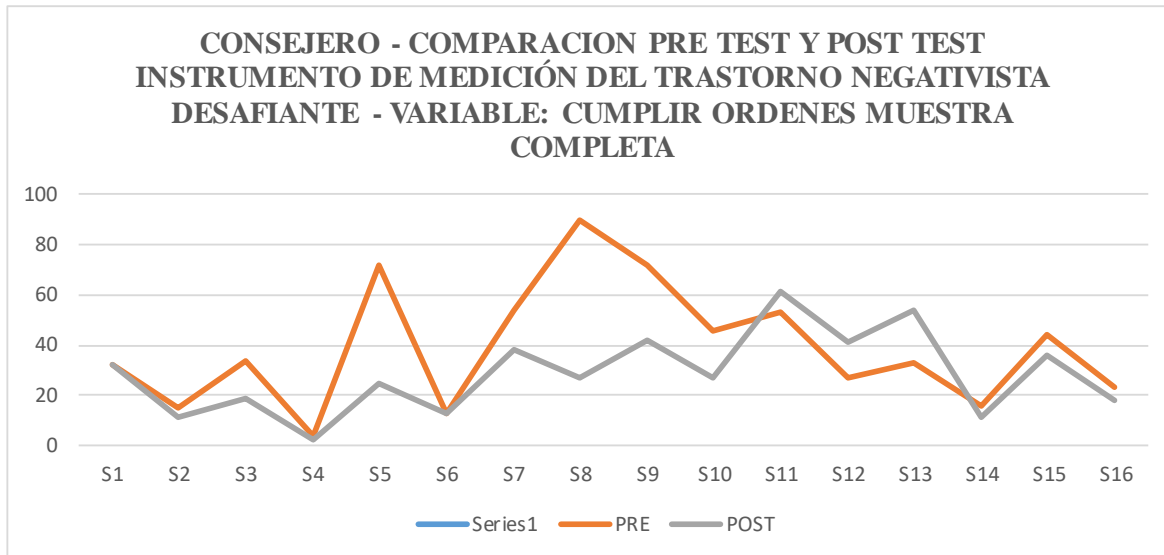
GRÁFICO N° 22-A



Fuente: León, L. (2018)

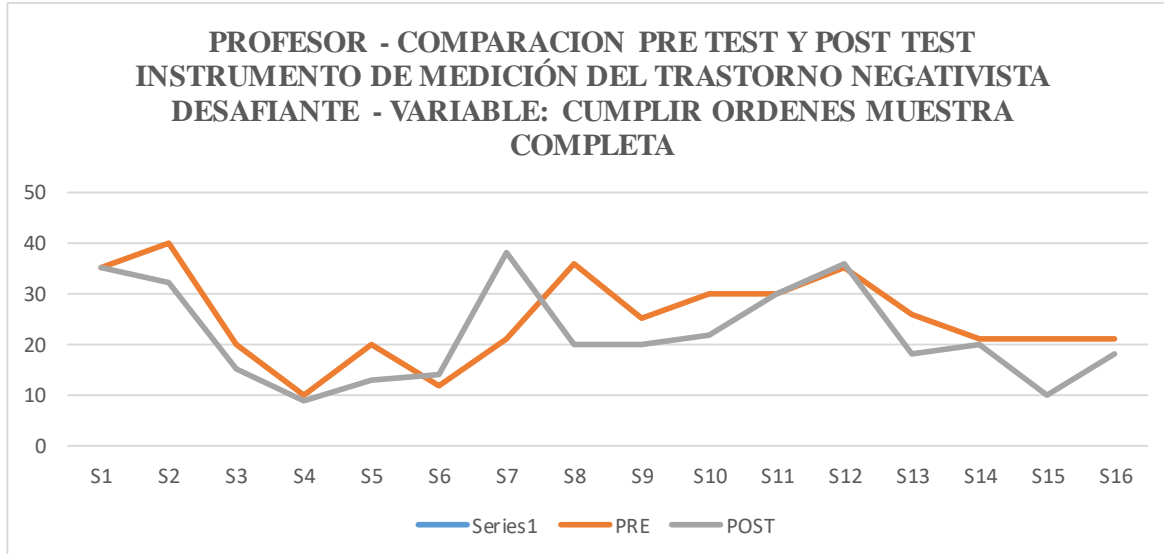
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: CUMPLIR ORDENES
TODA LA MUESTRA**

GRÁFICO N° 22-B



Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 22-C



Fuente: León, L. (2018)

CUMPLIR ORDENES TODA MUESTRA PADRES

Sintaxis	<pre> NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95. </pre>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.003	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

En el caso de la variable negativista relacionada a cumplir órdenes reportada por la madre o padre, la significación estadística es de 0,003 en la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se respalda la hipótesis alterna. Hubo una disminución en la dificultad de cumplir órdenes y seguir instrucciones por parte de los sujetos de la muestra, en lo que respecta a los resultados que reportan los padres, que estadísticamente puede ser atribuida al programa de intervención con Psicología Positiva.

CUMPLIR ORDENES TODA MUESTRA CONSEJERO

Sintaxis	NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.069	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

En el caso de la variable negativista relacionada a cumplir órdenes, la significación estadística es de 0,069 en la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. No hubo una disminución en la variable cumplir órdenes de los sujetos de la muestra, en lo que respecta a los resultados que reportan los maestros Consejeros.

Si bien en el análisis descriptivo de los resultados reportamos una disminución en 11 de los sujetos participantes, no se puede asegurar estadísticamente que los mismos estén relacionados con la aplicación del tratamiento con Psicología Positiva.

3.3. Hallazgos con variables no contempladas al inicio de la Investigación

Como mencionamos en páginas anteriores, las variables distractibilidad y hiperactividad están integradas dentro del instrumento de medición conductual que aplicamos pre y post a la intervención para el diagnóstico de Trastorno de Conducta, Negativista Desafiante. Consideramos que los resultados fueron también de interés para la investigación. Los compartimos y analizamos:

e.- Distractibilidad:

Padres: según la información recabada de los cuestionarios dirigidos a los padres para evaluar las pautas de comportamiento de sus hijos, luego de culminar el tratamiento, los niños disminuyeron sus niveles de distractibilidad o se mantuvieron igual: 10 puntuaron menos, 5 se mantuvieron iguales y hubo una muerte experimental. Es decir, ninguno aumentó. *Ver ref. de Tablas 28 y gráfico 28A*

De nuestra muestra clínica TND, 2 disminuyeron y los otros tres se mantuvieron igual. *Ver ref. de Tablas 27 y gráfico 27A*

Consejeros: en cuanto a los consejeros, la relación de disminución y aumento fue de 7 en cada caso, un sujeto se mantuvo igual y se cuenta la muerte experimental. *Ver ref. de Tablas 28 y gráfico 28B*

Del grupo clínico TND, dos disminuyeron en distractibilidad, y tres aumentaron. *Ver ref. de Tablas 27 y gráfico 27B*

Reuniendo estos resultados, y evaluándolos respecto a nuestra muestra clínica de cinco sujetos, tenemos: al finalizar el estudio, la disminución de distractibilidad se produjo en los mismos 2 sujetos, según la percepción del padre y del consejero. 3 niños aumentaron este nivel según el criterio de sus consejeros, aunque para sus padres esos mismos niños permanecieron iguales que antes del tratamiento.

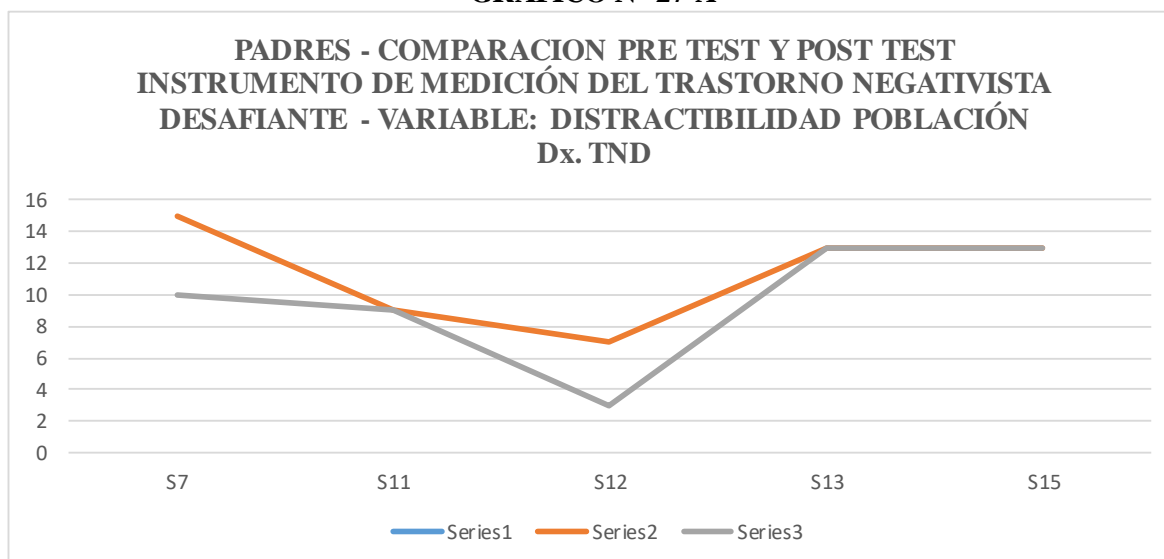
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: DISTRACTIBILIDAD
POBLACIÓN Dx. TND**

TABLA N° 27

	PADRES (A)		CONSEJERO (B)		PROFESOR (C)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
S7	15	10	14	10	16	16
S11	9	9	20	24	22	22
S12	7	3	16	15	21	18
S13	13	13	9	11	16	14
S15	13	13	2	6	14	12

Fuente: León, L. (2018)

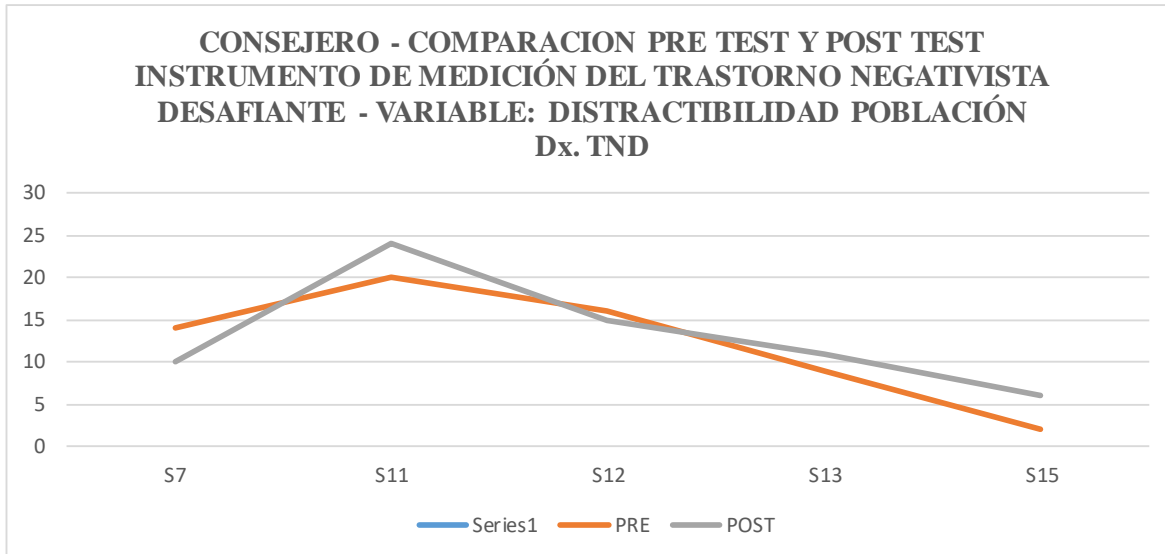
GRÁFICO N° 27-A



Fuente: León, L. (2018)

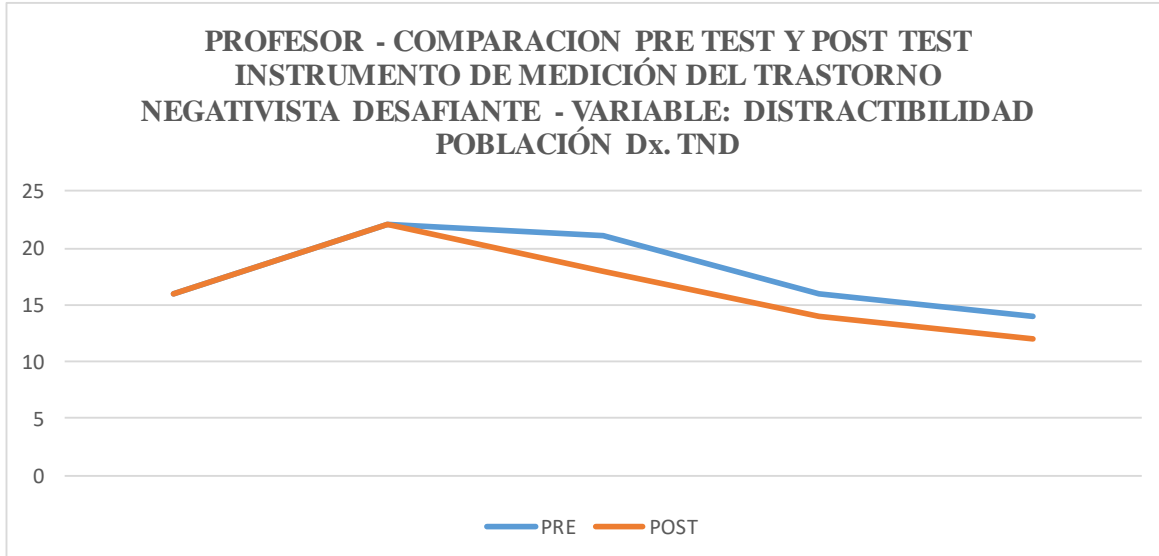
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: DISTRACTIBILIDAD
POBLACIÓN Dx. TND**

GRÁFICO N° 27-B



Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 27-C



Fuente: León, L. (2018)

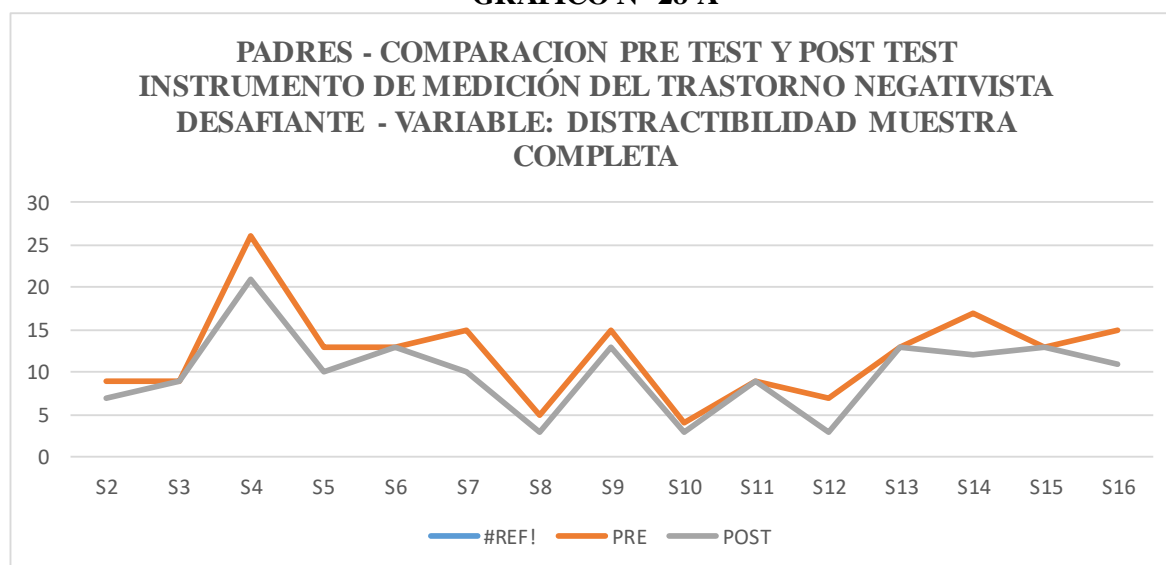
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: DISTRACTIBILIDAD
TODA LA MUESTRA**

TABLA N° 28

	PADRES (A)		CONSEJERO (B)		PROFESOR (C)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
S1	0	0	14	0	16	
S2	9	7	14	12	19	11
S3	9	9	23	21	24	21
S4	26	21	9	15	3	3
S5	13	10	11	9	18	8
S6	13	13	23	21	18	19
S7	15	10	14	10	16	16
S8	5	3	14	17	9	9
S9	15	13	15	18	19	15
S10	4	3	16	17	16	14
S11	9	9	20	24	22	22
S12	7	3	16	15	21	18
S13	13	13	9	11	16	14
S14	17	12	7	7	18	10
S15	13	13	2	6	14	12
S16	15	11	20	13	18	10

Fuente: León, L. (2018)

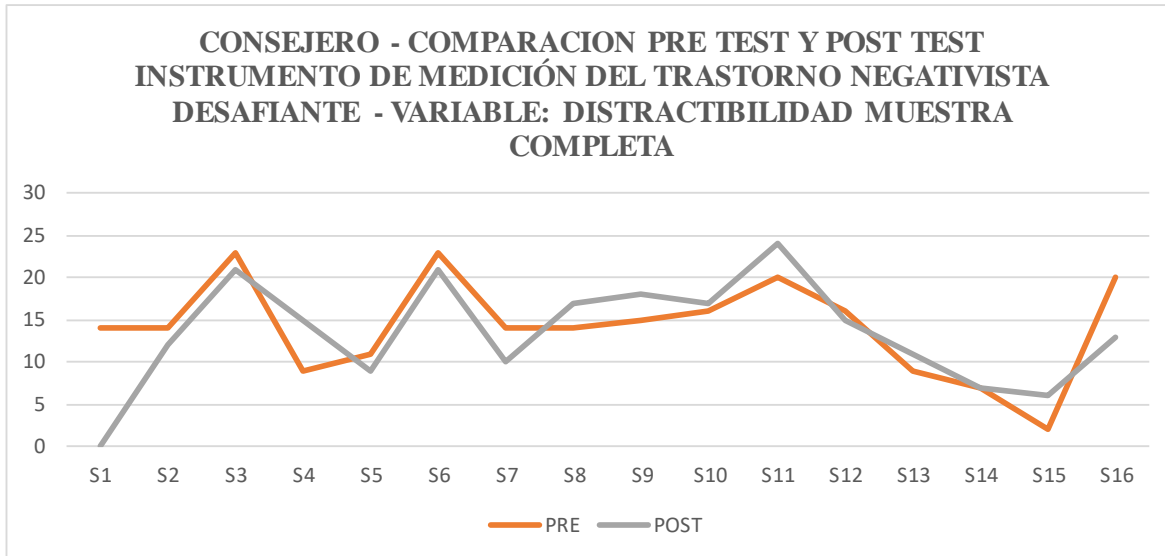
GRÁFICO N° 28-A



Fuente: León, L. (2018)

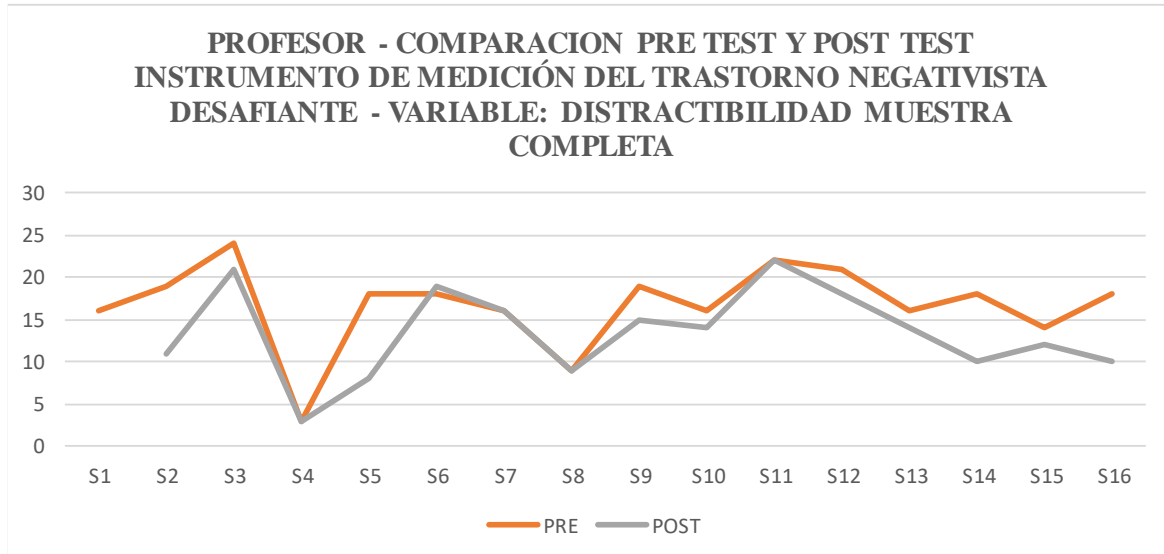
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: DISTRACTIBILIDAD
TODA LA MUESTRA**

GRÁFICO N° 28-B



Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 28-C



Fuente: León, L. (2018)

DISTRACTIBILIDAD TODA MUESTRA PADRES

Sintaxis	<pre> NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95. </pre>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.005	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

En el caso de la variable distractibilidad, la significación estadística es de 0,005 en la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Hubo una disminución en los niveles de distractibilidad en los sujetos de la muestra, en lo que respecta a los resultados que reportan los padres, y que se puede atribuir a la intervención realizada con Psicología Positiva.

DISTRACTIBILIDAD TODA MUESTRA CONSEJERO

Sintaxis	NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.932	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

En cuanto al mismo instrumento, pero aplicado a los Consejeros, encontramos un nivel de significación de 0.932. Por lo tanto, no hay indicio para rechazar la hipótesis nula. Los cambios encontrados no pueden atribuirse a la intervención realizada con Psicología Positiva.

e.- Hiperactividad:

Padres: según reportan los padres, 8 sujetos disminuyeron sus comportamientos relacionados a hiperactividad, 4 se mantuvieron iguales, hubo una muerte experimental, y 3 aumentaron este índice. *Ver ref. de Tabla 30 y gráfico 30A*

Consejeros: por su parte, los consejeros reportan una disminución de los rasgos hiperactivos en 11 de los sujetos, 2 se mantuvieron igual, dos aumentaron y contamos una muerte experimental *Ver ref. de Tabla 30 y gráfico 30B*

En cuanto a nuestra muestra clínica de TND, según sus padres, 2 disminuyeron y 3 se mantuvieron igual en cuanto a sus comportamientos hiperactivos con respecto al inicio del tratamiento. Y para los consejeros, de esa muestra 3 disminuyeron, 1 se mantuvo estable y 1 aumentó.

Reuniendo estos resultados, y evaluándolos respecto a nuestra muestra clínica de cinco sujetos, tenemos: al finalizar el estudio, 1 de los 3 sujetos que disminuyó, solo 1 lo hizo según la percepción de padre y consejero. El otro sujeto que disminuyó lo hizo según el padre, aumentó más bien a la percepción de los profesores, aunque el aumento fue leve. El tercer sujeto que disminuyó. Fue para la percepción de su Consejero, pero permaneció igual según resultados del padre. El resto permaneció igual *Ver ref. de Tabla 29 y gráficos 30 A y 30B*

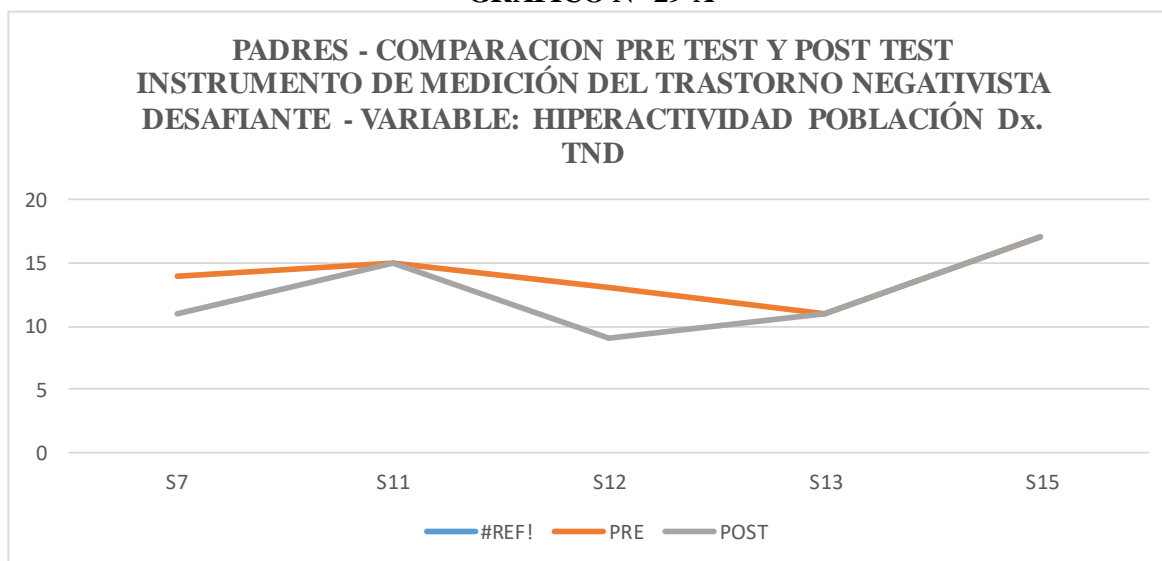
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: HIPERACTIVIDAD
POBLACIÓN Dx. TND**

TABLA N° 29

	PADRES (A)		CONSEJERO (B)		PROFESOR (C)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
S7	14	11	18	12	25	16
S11	15	15	24	24	15	20
S12	13	9	20	22	22	22
S13	11	11	18	14	26	20
S15	17	17	10	4	25	20

Fuente: León, L. (2018)

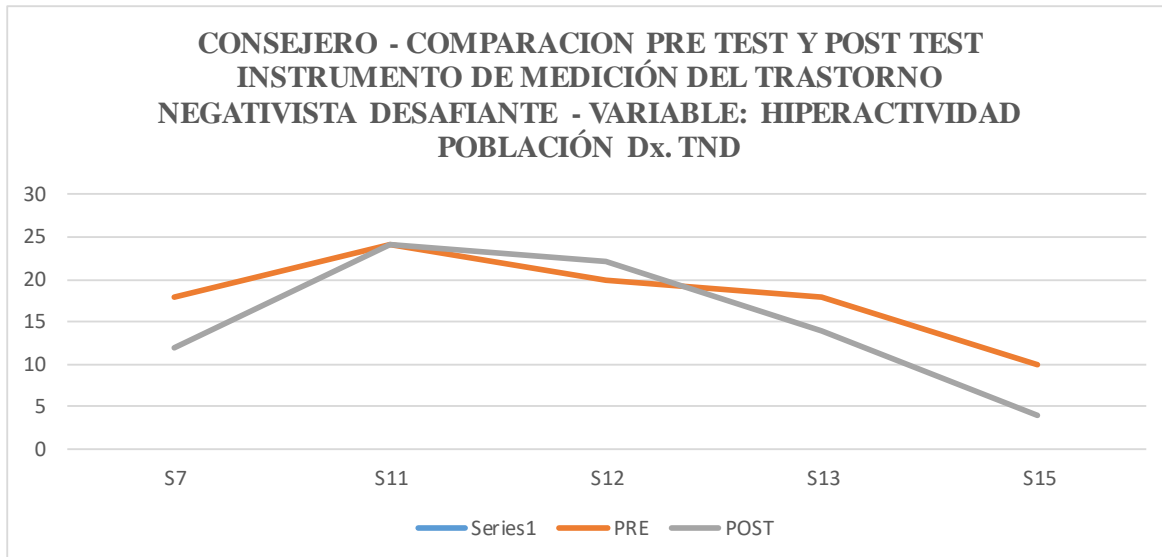
GRÁFICO N° 29-A



Fuente: León, L. (2018)

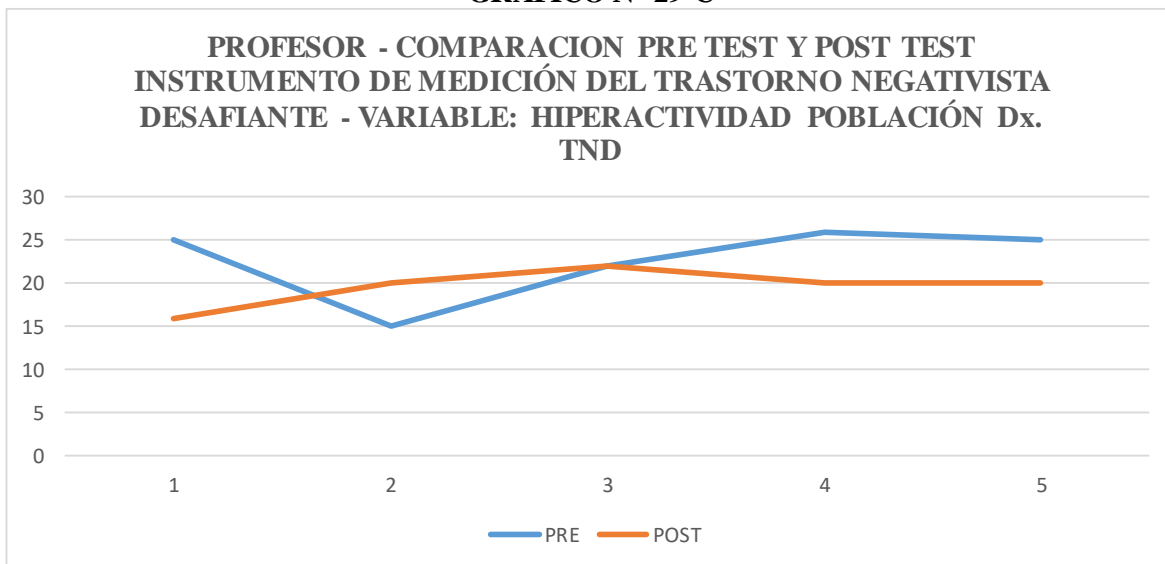
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: HIPERACTIVIDAD
POBLACIÓN Dx. TND**

GRÁFICO N° 29-B



Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 29-C



Fuente: León, L. (2018)

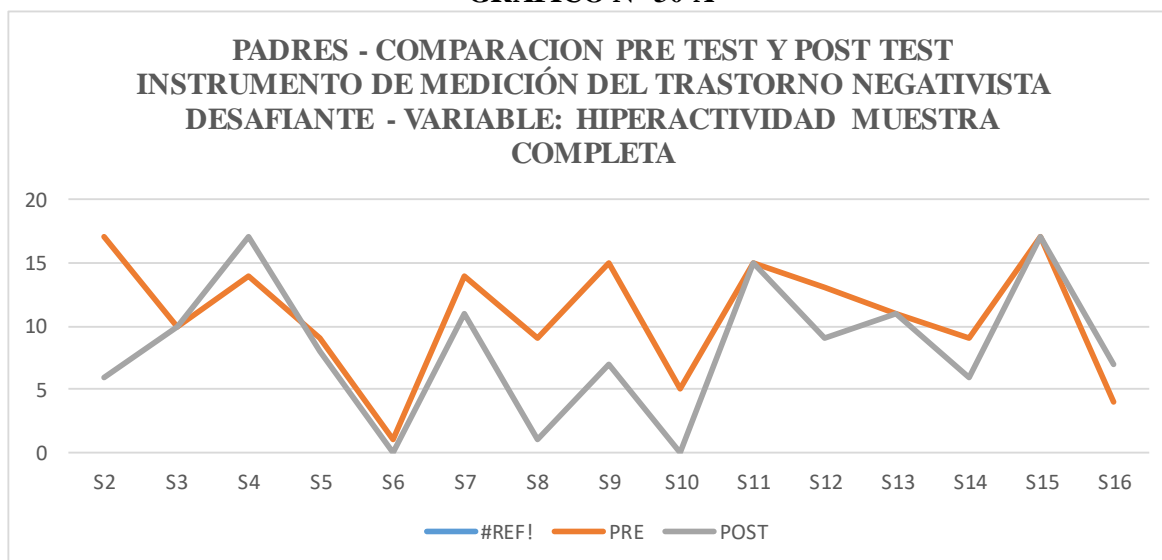
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: HIPERACTIVIDAD
TODA LA MUESTRA**

TABLA N° 30

	PADRES (A)		CONSEJERO (B)		PROFESOR (C)	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
S1	0	0	11	0	10	
S2	17	6	26	16	26	18
S3	10	10	16	21	12	10
S4	14	17	18	17	10	8
S5	9	8	23	9	12	8
S6	1	0	17	13	13	13
S7	14	11	18	12	25	16
S8	9	1	27	16	12	10
S9	15	7	18	17	12	10
S10	5	0	14	13	15	11
S11	15	15	24	24	15	20
S12	13	9	20	22	22	22
S13	11	11	18	14	26	20
S14	9	6	12	12	11	7
S15	17	17	10	4	25	20
S16	4	7	10	9	13	9

Fuente: León, L. (2018)

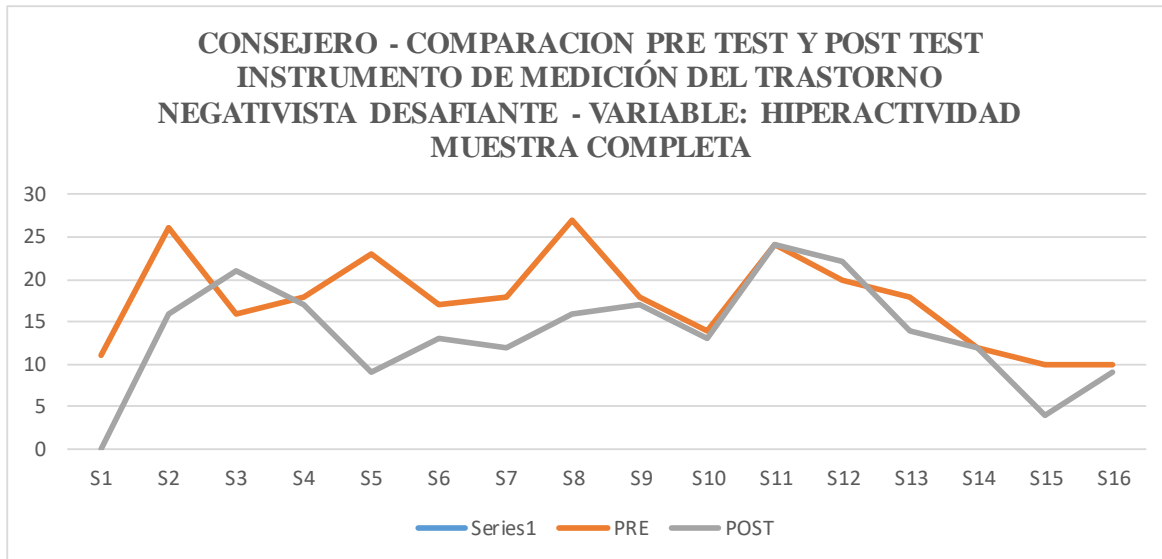
GRÁFICO N° 30-A



Fuente: León, L. (2018)

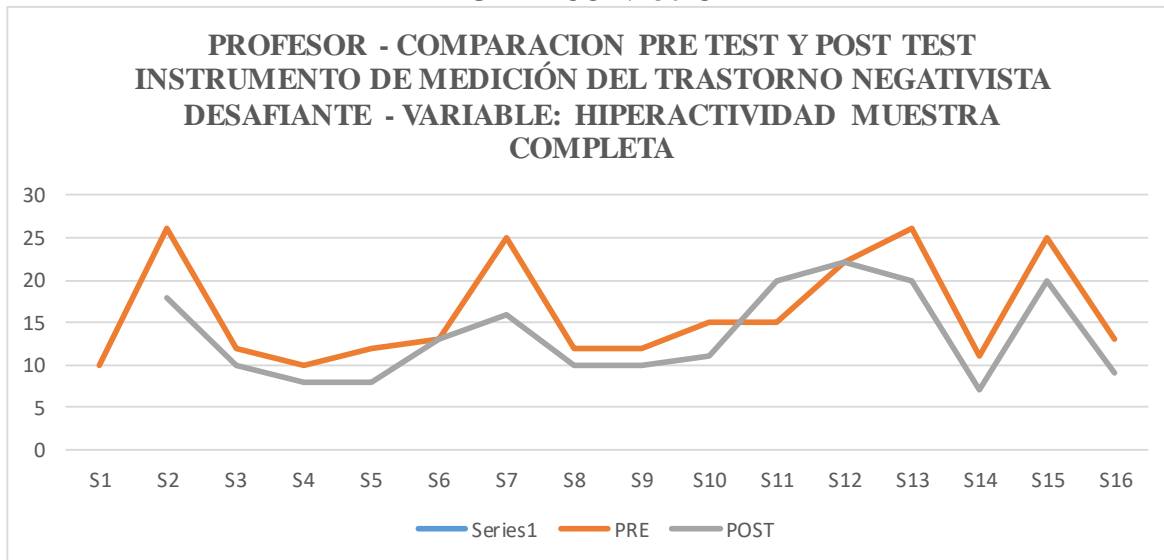
**COMPARACION PRE TEST Y POST TEST INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE - VARIABLE: HIPERACTIVIDAD
TODA LA MUESTRA**

GRÁFICO N° 30-B



Fuente: León, L. (2018)

GRÁFICO N° 30-C



Fuente: León, L. (2018)

HIPERACTIVIDAD TODA MUESTRA PADRES

Sintaxis	<pre> NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95. </pre>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.032	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

En el caso de la variable hiperactividad, la significación estadística es de 0,032 en la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Hubo una disminución en los niveles de hiperactividad en los sujetos de la muestra, en lo que respecta a los resultados que reportan los padres.

HIPERACTIVIDAD TODA MUESTRA CONSEJERO

Sintaxis	<pre>NPTESTS /RELATED TEST(PRE TEST POST TEST) WILCOXON /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.</pre>
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de diferencias entre PRE TEST y POST TEST es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.013	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .050.

Ocurre lo mismo en la variable hiperactividad según reportan el Consejero. La significación estadística es de 0,013 en la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Hubo una disminución en los niveles de hiperactividad en los sujetos de la muestra, en lo que respecta a los resultados que reportan los Consejeros.

3.4. Una perspectiva desde la Psicología Positiva sobre los hallazgos durante las sesiones

La investigación culmina con la conclusión que los niños se quedan con estrategias para aumentar su bienestar interno que antes no conocían y que quizás de otra manera no habrían tenido acceso: como la sorpresa del sujeto 16 ante el resultado que les da la excelencia (cuándo antes habían experimentado esto?). Con la satisfacción de que la perseverancia sí les da mejores resultados, o que el no ser perseverante fue la diferencia entre que él no lo lograra como el sujeto 15. Que se puede perdonar a un profesor que antes odiabas (así hablan ellos), porque a través de la dinámica del perdón pudo comprender y conectar que la profesora también tiene problemas. Que una riña segura entre dos niños que entraron en conflicto, se pudo resolver al estructurarlo en el tablero tipo película, lo que se hubieran podido evitar si uno no golpea al otro (en mi descuido, mientras me di la espalda), y de cómo iba a ser el desenlace, si en la misma película, sigue el odio, el rencor y las ganas de vengarse que tenía el sujeto 13. Que el conocimiento de sus emociones los conecta con que todas son importantes y que solo se trata de aprender a manejarlas. Que el compromiso es algo que el otro espera de mí y que la cuerquita chocolate amarrada en la muñeca, y que se dejaron por 24 horas (otros por más), sirvió para recordarles que se comprometieron a portarse bien, a ser consciente de sus actos todo ese día. Que la belleza existe y que buscaron sus elementos de belleza para armar un rincón en sus cuartos. Que se puede hacer un dibujo y en cinco minutos cada quien superarse a sí mismo con algo mejor de lo que imaginaba, como los sujetos 8 y 10. Que la meditación es una forma de escucharse a ellos mismos, y logramos su silencio y concentración durante el ejercicio del árbol. Que pase lo que pase afuera, ellos son el centro de todo y que a veces deben aceptar ciertas cosas que no podemos cambiar, como le pasó al sujeto 5. La conclusión es que cuando se le dijo a dos

grupos que ellos irían a la Universidad y que tendrían buenos trabajos (laborales), sus ojos brillaron y miraron hacia un futuro diferente al que habían visto hasta ahora. Hay cambios porque se miraban las ganas que tenía el sujeto 3 de venir todos los días de la sesión y al terminar siempre decía: mañana viene?. Que el buen humor era uno de los temas, pero ya lo vivíamos con los chistes del sujeto 7 y 12 que ya descontrolaban la sesión.

Una historia reveladora es que el sujeto 12, el más disruptivo, el más desafiante, el que más montaba la cara y el que sabotó todas o casi todas las sesiones, durante una sesión se burló de la mamá de otro adolescente participante. Este niño rompió a llorar y le dijo: “mi mamá está muy enferma. Tienen que comprarle medicina todos los días”. El Investigador y Terapeuta quedó congelado... queriendo hablar, pero sabiendo que su silencio era lo terapéutico... lo miraba... el mantuvo su mirada.. Sonreía (con algo de cinismo)... volvía a erguirse (sí, se “armaba”). El adolescente seguía llorando. A los minutos, cuando entendimos que el sujeto 12 no haría ni diría nada, se les dio una nueva regla: “nadie puede meterse con la madre de nadie”.

Al día siguiente el niño que lloraba estaba afuera en el patio. A varios metros vimos que el sujeto 12 se le acercó... se agachó, le dijo algo y luego le hizo un toque en la cabeza...y siguió su camino. El niño que lloraba nos contaría después lo que le había dicho al oído: “me dijo que disculpara lo que me dijo ayer, y que anoche oró mucho por mi mamá”. Ese es el sujeto 12 de mi muestra. El desafiante. El más desafiante.

(...) Todavía nos preguntamos por qué nos dijeron que el sujeto 4 no se aguanta, cuando en la sesión fue de los más tranquilos y de los que pedía a los demás portarse bien, por qué el sujeto 2 quedó tan feliz cuando le distinguimos como la persona que siempre motivó al grupo, y al 2, 9 Y 14 les reconocimos verbalmente por su constancia y responsabilidad en

venir a todas las sesiones. También podíamos entender, dentro de todo, por qué al sujeto 15 le daba pereza venir a las sesiones, y por eso lo tuvimos que buscar siempre.

Encuentra también el investigador que el oposicionismo se convierte en una defensa para el niño, ante el adulto y ante los mismos compañeros, para mantener el poder o control. El niño con mayores signos y síntomas demostró también dar grandes acercamiento hacia conductas donde el respeto al otro, la consideración a las normas y a su cumplimiento. Pero estos comportamientos eran como reflejos instantáneos ante algunos eventos, y retomaba inmediatamente después su rol oposicionista. Preocupa que con mucha firmeza se mantienen en este rol.

Dentro de esta misma concientización de esta población, entendimos el negativismo como una manera de “sobrevivir” a su medio. Algunas veces como terapeuta cuestioné cómo “administrar” la variable positiva, “sin debilitar” su defensa a su medio (no la conducta, pero sí la esencia de la defensa).

Entendemos luego de convivir con estos niños, que sí necesitan ser atendidos. Que un manejo adecuado puede marcar la diferencia entre ese niño de 12 o 14 años que se deja en estos momentos, y que no queremos que sea el adulto antisocial del mañana.

Finalmente, entendemos que un tratamiento con las técnicas de intervención de Psicología Positiva para el manejo de este diagnóstico, debe involucrar activamente a los padres y maestros, para lo cual requieren ser formados y orientados.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO 4 – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados no han sido categóricos estadísticamente en las diferentes variables. Tanto en las variables positivas como en las negativistas, vimos resultados a favor, mientras que otros se mantuvieron sin cambios o contrarios a la hipótesis de investigación. Tampoco se vio un patrón en la ganancia de las variables positivas o en las variables oposicionistas: algunos adolescentes con Dx.. Negativista Desafiante tuvieron una ganancia posterior al tratamiento, y aunque no se logró que fuera estadísticamente significativo para determinar que se deba a la intervención, en la práctica y día a día con los sujetos participantes, nos quedaba latente el cambio conductual observable en sus comportamientos oposicionistas. Las entrevistas realizadas posteriormente a los maestros y los datos recolectados por los padres, también lo confirman.

Luego de terminada la intervención, el post test sí reveló ganancias del optimismo, felicidad y bienestar en parte de la muestra; y disminución del oposicionismo y dificultad de cumplir órdenes en parte de la muestra también.

Nos queda claro, como parte de la reflexión como investigador, que por la naturaleza negativista de los signos y síntomas, una intervención más larga pudo habernos dado resultados más contundentes.

Las variables que sorpresivamente tuvieron un mejor resultado y valor estadístico, fueron la hiperactividad y distractibilidad. Nos hace reiterar el valor adaptativo y de defensa que puede tener el oposicionismo para estos jóvenes adolescentes, y por lo tanto, su resistencia para ser “derribado” o modificado a corto plazo. Sin embargo, reiteramos, la terapia sí ejerció una influencia en controles conductuales que tienen más que ver con un manejo emocional y control de impulsos, inherentes a la distractibilidad y hiperactividad.

Lamentablemente, los registros conductuales perdieron el valor para el fortalecimiento de nuestros análisis estadísticos durante el post test, debido a la asistencia irregular al colegio por parte de nuestros participantes, un par de ellos por estar suspendidos de sus actividades por mal comportamiento, y otros, porque no asistieron en algún día del post test.

En cuanto a nuestras recomendaciones, la Psicología Positiva puede ser un recurso para la escuela y el maestro, no solo en la enseñanza de valores internos para lo cual puede y debe ser entrenado el docente, sino para delegar en estos jóvenes roles cargados de valor moral y que ejerzan un modelo positivo para el niño y adolescente, y que lejos de ser visto como el joven inadaptado, pueda irse entrenando en las habilidades que requiere una responsabilidad social o colectiva. Estas responsabilidades pueden ser dadas indistintamente a todos los niños y jóvenes, porque siempre fortalecerá los valores internos, pero estratégicamente debe ser repartido entre jóvenes en quienes el docente y el padre, comience a ver conductas disruptivas y activarse preventivamente en estos casos.

De igual manera, si ya la conducta ha sido identificada, se hace necesario que la escuela disponga de mecanismos distintos a los tradicionales, y para lo que reiteramos, debe ser entrenado. En ese sentido, la Psicología Positiva cuenta con estrategias de atención, que ya han sido usadas en las aulas, según se documenta en diferentes investigaciones y que son de fácil manejo, una vez entrenada.

Es de los padres la mayor responsabilidad, ya que los maestros reportan no recibir en muchos casos, el apoyo necesario que debe venir del hogar. Deben en consecuencia, dar la atención necesaria en niños que ya están presentando problemas conductuales, como los que nos encontramos al llegar a la Institución, y que eran altamente notorios.

Se recomienda que puedan acceder a información sobre herramientas que les permita manejar este tipo de condiciones psicológicas, a tiempo que se apoyen en Psicólogos para el abordaje y asesoría adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alea V., Guillén, M.; Muñoz, C., Torrelles, E. y Viladomiu, N. (2001). Estadística con SPSS v 10.0. Textos Docents 226. España. Pruebas estadísticas para dos muestras no relacionadas.

Alpízar Rojas, H.; Salas Marín, D. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva, Libro Electrónico. 65-83 Idioma: español. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645340>

Arias Gallegos, W. Huamani Cahua, J.; Espiñeira, E. (2017) Representación de la Psicología Positiva en el Perú: un estudio bibliométrico en diez revistas científicas peruanas del 2000 al 2016. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6456402>

Ballesteros, B., & Rey, A. (2001). Respuestas de J.R. Kantor y de B.F. Skinner a las preguntas epistemológicas básicas . Revista Latinoamericana de Psicología, 33 (2), 177-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=80533206>

Barckley, Russell. (1997) Niños Desafiantes. Materiales de evaluación y folletos para docentes y padres. Guilford Press. Págs 7 a 86.

Barragán, Ahmad Ramses (2012). Aproximaciones científicas al estudio de la felicidad ¿Qué podremos aprender de la felicidad? Revista intercontinental de Psicología y Educación. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80228344002>>

Bisquerra Alzina, R., & Hernández Paniello, S. (2017). Psicología Positiva, Educación Emocional y el programa Aulas Felices. *Papeles del Psicólogo*, 38 (1), 58-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77849972006>

Castro Solano, A.,(2012) La Psicología Positiva en América Latina. Desarrollos y Perspectiva. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica 2012, 4 108-118
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382006> ISSN 2250-5490

Cataluña S. Dafne & Colaboradores. Manual de ejercicios de Psicología Positiva aplicada. Centro de Psicología Positiva. España.

Celarde Herrera, S.; Sánchez-Gómez, E.; Menzané, F. y Britton, G. (2014). Prevalencia estimada de trastornos conductuales y emocionales en la población pediátrica en Panamá. VOL 2, No 3, Recuperado de: <http://usmapanama.com/wp-content/uploads/2014/05/34-51-Velarde-y-cols.pdf>

Coleman, J, & Hendry, L.. (2003). Psicología de la adolescencia. Ediciones Morata. Cuarta edición.

Contini de González, N. (2009). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la Psicología Positiva págs. 45-64 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645279>

Contreras, F. y Esguerra, G. (2006). Psicología Positiva: una nueva perspectiva en psicología. Universidad Santo Tomás. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982006000200011&script=sci_arttext

Chavarría, M., & Barra, E.. (2014). Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *Terapia psicológica*, 32(1), 41-46. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100004>

Denise Benatuil (2003) El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. Vol. 3. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645410>

Diccionario de Psicología. Recuperado de: <http://consulta-psicologica.com/diccionario-de-psicologia>

Dondena, L.; Klappenbach, H. (2010). La Psicología Positiva en la revista Psicodebate (2000- 2007) Nº. 10., págs. 9-38. Recuperado <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645340>

Durand M. y Barlow. D. (2010) Psicopatología. Un enfoque integral de la Psicología anormal. Cap. 1. Págs 24 a 28.

Espíndola, E. y León, A. (2002). La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional. División de Desarrollo Social de la CEPAL. Revista Ibero – Americana. Recuperado de: <http://www.rieoei.org/rie30a02.htm>

Fajardo-Vargas, V. y Hernández Guzmán, L. (2008) - México. Tratamiento Cognitivo conductual de la conducta agresiva infantil. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-45342008000200014&script=sci_arttext

Faroh, Alida Cano de. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski: ¿Dos caras de la misma moneda?. Recuperado de : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2007000200013&lng=pt&tlng=es.

Fontes de Gracia, S., García Gallego, C., Quintanilla Cobián, L., Rodríguez Fernández, R., Rubio de Lemus, P, Sarría Sánchez, E., Fontes de Gracia, A. (2015). Fundamentos de Investigación en Psicología. Edición Digital. Recuperado de: <https://books.google.com.pa/books>

Gabriel Genise, R. Psicoterapia Cognitivo Conductual en un paciente con trastorno negativista desafiante. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2819/281943265005/>

García-Alandete, Joaquín. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del pensamiento*, 8(16) Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870879X2014000200013&lng=es&tlng=es.

García Mugneco, C. (2010) Estilos de vida y bienestar psicológico en Adolescentes del Valle de UCO. (Tesis de pregrado) Recuperado de: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/331/tesis-956-estilos.pdf

Giménez, M., Vázquez, C., and Hervás G. (2010) El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad Recuperado de: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo3445211>

Greco, C.; Morelato, G.; Inson, M.. (2006). Emociones Positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. Universidad de Palermo. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10226/426>

Herrera Arauz, J.; (____) Desarrollo de la Salud Mental en Panamá. Historia y Actualidad Recuperado de: [file:///C:/Users/Kenny/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Salud-Mental-en-Panama%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kenny/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Salud-Mental-en-Panama%20(1).pdf)

Hervás, G., (2009) Psicología Positiva: una introducción., 23 . Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419066003> ISSN 0213-8646

Iborra Isabel. Universidad Católica de Valencia. Trastornos de la Conducta según el DSM V – Artículo. Recuperado de: <https://online.ucv.es/resolucion/trastornos-de-conducta-segun-el-dsm-5/>

Konrad Lorenz Fundación Universitaria - Emociones positivas. Bogotá, Colombia

<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/181>

López, O Dra., Areense, J Dr. y Piñero E.. (2014) Creatividad y emociones positivas en educación primaria. (Tesis Doctoral). Recuperado de :

<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/282912/TACM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lupano Perugini, M., & Castro Solano, A. (2010). Psicología Positiva. Análisis de su surgimiento. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3922019>

Margot, Jean Paul. (2007). La felicidad. *Recuperado de:*

https://www.academia.edu/8696637/El_concepto_de_felicidad_en_la_Psicologia_Positiva_Una_lectura_desde_el_Psicoanalisis

Maturana, Pamela (2013). Diseño y Evaluación de una intervención basada en la Psicología Positiva, para la disminución de conductas antisociales en adolescentes.

Universidad de Santiago de Chile. Tesis para Magister Recuperada de:

http://www.academia.edu/4339160/tesis_intervencion_basada_en_la_psicologia_positiva

Maureira Silva, S. (2014) El concepto de felicidad en la Psicología Positiva: Una lectura desde el Psicoanálisis. Tesis. Recuperado de:

<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/181>

Morencia, Ione Victoria (2014) Conductas Disruptivas en el aula y relación con la dificultades de aprendizaje. Recuperado de:

http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/40484/MORENCIA_GONZALEZ_IONE%20VICTORIA.pdf;jsessionid=4054420A7B4E4D92D4580726872D06CD?sequence=1

Moreno Mendez, J. y Martínez León, N. (2009). Conductas externalizantes, rendimiento académico y atención selectiva en niños con y sin hiperactividad., Universidad Católica de Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086004.pdf>

Moreno Rosset, C.; Gándar, V. (1997) Ficha Técnica Child Behavior Checklist (CBCL) Primera aproximación a una adaptación española en poblaciones de 4-5 años. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/educativa/1997/vol1/arti6.htm>

Muñiz, R, Vasquez, J. Eria, M. M Palacios. L de la Peña. De la Fuente Muñiz, R. (2010) Guías Clínicas para la atención de Trastornos mentales. El Trastorno Negativista Desafiante. Recuperado de: <http://w2www.academia.edu/22315798>

Muñoz, V. Fabiola. (2000) Adolescencia y Agresividad. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Madrid.
<https://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4017401.pdf>

Quy, K, Stringaris, A. Irarrázaval M, Martin, A. (eds) Prieto-Tagle, F, Gilibert Sánchez, N (trad). (2017) Ginebra. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP: Trastorno negativista desafiante. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. Recupardo de: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/D.2-Oppositional-Defiant-Dis-Spanish-2017.pdf>

Ortiz Jade (2008). Citado por

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R.. (2004) Desarrollo Humano. Mc Graw Hill. 9na. Edición 2004. Págs. 425 a 496

Páramo, M.; Leo, M. , Cortés, M y Martín M. (2010) Tesina Estilos de vida y bienestar Psicológico en adolescentes del Valle de Uco. Alumna: Carla García Mugneco. Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/331/tesis-956-estilos.pdf

Páramo, M.; Leo, M. , Cortés, M y Martín M. (2015) Tesina Influencia del bienestar Psicológico en la vulnerabilidad a Conductas aditivas en adolescentes escolarizados de 15 a 18 años. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol XXIV. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2819/281946783009/>

Park, N., Peterson, C., & Sun, J. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>

Peña-Olvera F, Palacios-Cruz L (2006). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. Libro electrónico Páginas: 421-427

Pineda, D. () Las funciones ejecutivas y sus trastornos. Concepto de funciones ejecutivas. Recuperado de: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-2-4.html>

Prieto-Ursúa, M.. (2006) Psicología Positiva: una moda polémica. Clínica y Salud, 17(3), 319-338. Recuperado de : <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Quiceno, Japcy M., & Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300002>

Quiroga, S; Paradiso, L.; Cryan, Gg., Auguste, L. y Zaga, D.. . () Abordaje Terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: El Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-029/11.pdf>

Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante, Vol. 2, N°. 1, págs. 45-54. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147185006>

Rabadán Rubio, J y Giménez-Gualdo, A (2013) Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. Educación XX1. 15(2). Recuperado por:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70624504006>

Ramsés Barragan, A. (2012) Psicología Positiva y Humanismo. Premisas básicas y Coincidencias en los Conceptos. Centro de Estudios Universitarios. ETAC México.
Recuperado de:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art18.pdf>

Recursos de Formación. Desarrollo Psicosocial – Etapas según ericson
<http://lpenage.eu/es/index.php/inicio/recursos-de-formacion/modulo-4/5-erikson-las-etapas-del-desarrollo-psicosocl/>

Regina Carmen, (2005) Bienestar Psicológico.

Rivas Navarro, M.. (2008). Procesos cognitivos y aprendizaje significativo.
Viceconsejería de la Organización Educativa. Madrid. Recuperado de
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DProcesos+cognitivos+y+aprendizaje+significativo+MRivas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220443509976&ssbinary=true>

Rodríguez Campuzano, M., Díaz-González, A. y Zarzosa, E. (2002). Revista electrónica de Psicología Iztacala 2002. Las Psicoterapias Cognoscitivas. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala Recuperado de
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol5num2/artmayu.htm>

Rodríguez Díaz, J y Mireia Yter Gimeno, M. (2016). Grupo de Estudios de Poder y Privilegio Departamento de Sociología, FEE Universidad de Barcelona Preparado para el XII Congreso Español de Sociología. Oviedo. Recuperado por: <https://www.fes-sociologia.com/files/congress/12/papers/4868.pdf>

Rodríguez Mercado, C. (2012). Aplicación de la psicología positiva en los trastornos de la conducta humana. Puerto Rico. Recuperado de <http://www.suagm.edu/utdoctoral/pdfs/Disertaciones-2012/Caroline-Rodriguez-Tesis-2012.pdf>

Rodríguez Rosas, & Quiñones Berrios, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5(1), 7-17. Recuperado de <https://journals.upr.edu/index.php/griot/article/view/1772>

Romera, Á.; García, R. . () Trastornos de la conducta. Una guía de Intervención en la Escuela. Gobierno de Aragon. Recuperado de: <http://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>

Ruiz Díaz, M. (2010). Revista Innovación y experiencias educativas - Trastornos de la Conducta: el trastorno negativista desafiante. No. 36. Andalucía. Recuperado por: <https://www.csif.es/contenido/andalucia/educacion/244714>

Salanova Soria, M. y Llorens Gumbau, S.. (2016). Hacia una Psicología Positiva aplicada. Jaume I, Castellón. Recuperado por: <http://www.redalyc.org/html/778/77847916001/>

Sales Carmona, V. y Orozco Montero, J. Metodología, Tamaño de la muestra. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spiii/spiii/para%20remplazar/sales2.pdf>

San Martín, J., & Barra, E.. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 31(3), 287-291. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000300003>

Sarason, I.; Sarason. B.. (2006). Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Undécima Edición. Ciudad, País, Editorial – Libro electrónico
Seligman P, Martin E. La auténtica felicidad. Editorial B de bolsillo. Ediciones B.

Sureda, I. (1998). Autoconcepto y adolescencia. Revista Mallorquina de Pedagogía. No. 11. Pags. 157-170. Recuperado de:
<https://www.raco.cat/index.php/EducacioCultura/article/viewFile/75800/96304>

Tomas, J & Almenara, J. (2009). Trastornos de la Conducta. Master en Paidopsiquiatría. Universidad de Barcelona.
http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Trastorno_Conducta_07-09_M5.pdf

Unicef. (2012). (2013) Patrones de convivencia escolar en Panamá. Elaboración e Investigación: Centro de Estudio y Acción Social Panameño CEASPA – Panamá.
Recuperado de:
https://www.unicef.org/panama/spanish/convivencia-escolar_2013.pdf

Valencia García, M. y Andrade Palos, P. (2006). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos – Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-157.pdf

Vasquez J., Feria M., Palacios L, De la Peña, F. (2010). Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante. México. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/pdf-guia-clinica-para-el-trastorno-negativista-desafiante/>

Vázquez, C. Hervás, G. (2006) La Psicología Positiva en Perspectiva. Paples del Psicólogo. Año/Volumen 27, No 001. Consejo General de Colegios oficiales de Psicólogos. España. Recuperado de : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000300007

Vázquez Carmelo, H.; Rahona, J.; Gómez, D.. (2009). Bienestar Psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Recuperado de: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf

Vázquez Carmelo, Hervas y Samuel Gonzalo, M.. (2006). Intervenciones Clínicas basadas en la Psicología positiva: Fundamentos y Aplicaciones. Universidad Complutense de Madrid (España); University of Hong Kong (China). Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Hervas/publication/228338310_Intervenciones_clnicas_basadas_en_la_psicologia_positiva_fundamentos_y_aplicaciones/links/0912f51017d097c6fb000000.pdf

Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/778/77827102/>

Verdugo-Lucero, J., Ponce de León-Pagaza, B., Guardado-Llamas, R., Meda-Lara, R., Uribe-Alvarado, J. & Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 79-91. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77325885021>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado escuela	176
Anexo 2: Cuestionario preliminar. Dirigido a los maestros, Para identificar conductas negativistas desafiantes	178
Anexo 3: Resumen de resultados cuestionario preliminar	179
Anexo 4: Tabla resultados cuestionario preliminar	180
Anexo 5: Consentimiento informado para los padres	181
Anexo 6: Cuadro de control de evaluación Psicológica Pre Test	185
Anexo 7: Datos adicionales de la muestra	186
Anexo 8: Gráficos de datos demográficos de la muestra	187
Anexo 9: Hoja de registro conductual por sesión	189
Anexo 10: Control de Asistencia	190
Anexo 11: Tabulación pre test evaluaciones TND	191
Anexo 12: Tabulación post test evaluaciones TND	193
Anexo 13: Guía de actividades por sesión	194
Anexo 14: Síntesis de actividades por sesión	205
Anexo 15: Historias Clínicas	207

Anexo 1: Consentimiento informado escuela

Panamá, 5 de Septiembre de 2018

Señores.
Escuela
Dto. San Miguelito

Estimado señor, reciba un cordial saludo y mi agradecimiento de antemano por la atención y receptividad que me brindó el día de hoy en nuestra conversación telefónica.

A continuación le doy los detalles del plan de intervención que debo realizar para la tesis que me permite el grado de Magister en Psicología Clínica en la Universidad de Panamá.

Mi proyecto está dirigido a estudiantes cuyos problemas de comportamiento se hayan vuelto crónicos. Es decir, más allá de las reacciones conductuales circunstanciales, debo acceder a los estudiantes que desde hace seis meses o más (incluso años), estén reportando problemas de comportamiento en el aula y el hogar, al punto que llegan a crear consecuencias negativas para el niño en su rendimiento, en la relación con sus compañeros y en el diario convivir con sus figuras de autoridad como maestros, directivo, familiares, etc. Le anexaré una lista más específica de los comportamientos típicos.

El programa de intervención que utilizaré es sobre Psicología Positiva, un enfoque que desde hace poco más de veinte años, está teniendo mucha aplicación e investigación en el área de la Psicología Clínica y consiste en programas terapéuticos que buscan trabajar con las fortalezas y recursos positivos del ser humano. Es decir, desde este modelo de atención, buscamos reducir los síntomas del comportamiento inadecuado de estos estudiantes y al mismo tiempo se reforzarían y aumentarían las fortalezas positivas como optimismo, organización, gratitud, emocionalidad positiva, autoconocimiento, sensación de felicidad, autocontrol, respeto, entre otros. Esto también tiene como objetivo que sus conductas en el futuro sean más adaptativas y no recaigan en los comportamientos inadecuados tratados en este programa.

Le comparto las pautas que tiene la planificación de esta intervención y le recuerdo que está abierto a ajustes que ustedes me propongan de acuerdo a sus horarios.

Fecha de Inicio: 12 de Octubre.

Fecha finalización: 30 de Noviembre.

Cantidad de sesiones: 20 sesiones grupales en total (5 repartidas en entrevistas y mediciones a lo largo del proceso + 4 para aplicación de evaluaciones y mediciones antes de la intervención + 12 para aplicación de la intervención + 4 para aplicación de evaluaciones y mediciones luego de la intervención) Nota: Habrá también una entrevista con cada niño seleccionado para levantar su expediente personal.

Duración de cada sesión: 45 min a 60 min. Es recomendable que sea al inicio de la jornada de clases, a su hora de entrada. Sin embargo, abierto a revisión si la escuela sugiere otro horario. Pero siempre dentro del horario escolar para garantizar que los niños puedan asistir y aprovechen esta herramienta de intervención. Además, el programa requiere la asistencia de todo el grupo que quede seleccionado.

Edades de los estudiantes: entre 12 a 14 años. Nota: recordar que si estas conductas están presentes en niños de menos o más edad, pueden ser considerados.

Criterios para participar: cumplir con las la mayoría de las características de la hoja anexa.

Los talleres son completamente gratis, no presentan ningún riesgo a la salud ni a la ética y son confidenciales. Este programa está avalado por la Universidad de Panamá - Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá.

Al finalizar el programa, se les entregará a los participantes los resultados obtenidos en las pruebas realizadas.

Con mucho gusto podemos reunirnos con la señora Directora mañana a partir de las 2:00 pm o el día viernes en horas de la mañana y ampliar cualquier información que requieran.

Saludos cordiales,

Lic. Laura León

Anexo 2: Cuestionario preliminar dirigido a los maestros para identificar conductas negativistas desafiantes

INFORMACIÓN DE USO CONFIDENCIAL

Estimado docente: la siguiente lista contiene características comunes en los niños, niñas y/o adolescentes que presentan problemas de conducta de manera crónica, es decir, que son patrones más o menos estables que se han mantenido a lo largo de todo el año escolar (mínimo 6 meses). Incluso, puede venir de años anteriores y que se expresa con mucha frecuencia en la escuela, en la casa o en ambos ambientes.

Siendo el área escolar el lugar donde ustedes pueden notar estos comportamientos, por favor determinar si entre sus alumnos hay estudiantes que usted considere que cumple con muchas o la mayoría de estas condiciones:

- (1) Se opone a las normas de la escuela/casa con frecuencia
- (2) Se opone a las figuras de autoridad (adultos) con frecuencia
- (3) A menudo pierde la calma
- (4) Se molesta con facilidad
- (5) A menudo está enfadado o resentido
- (6) Discute a menudo con adultos
- (7) Discute a menudo con otros niños
- (8) Suele desobedecer las peticiones/órdenes que vienen de un adulto
- (9) A menudo molesta a los demás compañeros
- (10) A menudo culpa a los demás por su mal comportamiento
- (11) Suele ser rencoroso
- (12) Suele ser vengativo

Alumno/Grado/Sección

Características

Ej. Luis Martínez 4to. B

1,2, 5, 6, 7 y 10

		Anexo 3: Resumen de resultados cuestionario preliminar																			
		Resultados de cuestionario inicial realizado a los maestros, para identificar signos y síntomas de los niños entre Sexto y Octavo año del Colegio de San Miguelito, como recurso pre diagnóstico de TND 17/09/18																			
		S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
DSM	ITEM	ENUNCIADO																			
3	1	X																			
3	2	X																			
1	3		X																		
1	4		X																		
7	5	X																			
2	6	X	X																		
6	7	X	X	X																	
3	8			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	9		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	10	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	11																				
8	12	X	X																		
		6	6	5	5	5	5	6	7	7	5	7	6	5	5	6	7	5	6	5	5

Anexo 4: Tabla recopilación de resultados
cuestionario preliminar

17.09.18	NOMBRE	SIGNOS Y SÍNTOMAS SOBRE 8 CRITERIOS
1	CA	6
2	ZU	6
3	LU	5
4	CE	5
5	DY	5
6	GA	5
7	AD	6
8	ANA	7
9	JC	7
10	EM	5
11	SI	7
12	AB	6
13	DEL	5
14	JE	5
15	YU	6
16	JA	5

Anexo 5: Consentimiento informado para los padres

Panamá, 17 de Septiembre de 2018

NOTA DE ENTREGA

Estimado Padre de familia de: _____

Le hacemos llegar la siguiente información confidencial, para que sea debidamente evaluada y firmada, si desea que su acudido participe en este Programa.

Contiene:

- Hoja de consentimiento informado
- Anexo con reseña de un programa para el desarrollo de habilidades sociales y emocionales positivas en los niños.
- Hojas de evaluaciones de su acudido, cuya información será más ampliada en el documento informativo.

Nombre

Cédula

Favor devolver firmado en señal de haber recibido esta información.

Panamá, 17 de Septiembre de 2018

Estimado padre de familia, sírvanse leer la siguiente información

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En conjunto con la Universidad de Panamá, Vicerectoría de Investigación y Postgrado, programa de Maestría en Psicología Clínica, y como un aporte de la investigadora en la tesis para obtener el grado de Magister de la Licenciada Laura León, tendremos el beneficio que alumnos del plantel participen en un programa para el mejoramiento del comportamiento, mediante la intervención de la Psicología Positiva.

Para ello, le solicitamos la aprobación escrita para que su acudido participe y se beneficie de este programa, que consiste en un plan de intervención donde se entrenan fortalezas, emociones y valores positivos como el liderazgo, autoapoyo, cooperación, conciencia ecológica, destrezas sociales, entre otras, en espera de que se modifiquen conductas que se identifiquen como problemáticas para nuestros niños y aumenten sus fortalezas personales para el afrontamiento de su cotidianidad. En un documento anexo, se ampliará la información con las características generales de dicho programa.

Para el avance del estudio es importante que usted exprese su consentimiento para llevarlo a cabo, mediante la firma de la presente hoja.

Sin más, nos despedimos,

Atentamente,

Por la Escuela de San Miguelito

Lic. Laura León
Psicóloga.

Yo, _____, en calidad de acudiente de
_____ acepto que forme parte de este programa de
Psicología Positiva

Firma y cédula

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

El programa de intervención con Psicología Positiva para el abordaje de los problemas de conducta en niños y adolescentes, consiste en un plan de 16 sesiones, en las cuales el Psicoterapeuta trabaja con los recursos positivos y las fortalezas de cada asistente, con el fin de motivar y fortalecer la conducta positiva como herramienta, para disminuir o afrontar de mejor manera las conductas inadecuadas que se manifiestan en casa o la escuela.

Cada sesión consiste en trabajar con un valor, emoción o recurso interno como se indicó anteriormente. Se realizarán 3 sesiones semanales, con una duración de una hora y media. El trabajo se hará de forma grupal y en coordinación con la escuela, a la primera hora de la mañana.

Le informamos también que se hará una evaluación previa, que incluyen algunos formularios que deberán llenar los maestros para dar información sobre el comportamiento de los niños en el salón y otros que llenarán ustedes como padres y que se anexan en el presente documento, si están interesados en el programa. Una vez recibida y analizada la información, se llevará a cabo una entrevista personal con los padres en la escuela, y para ello pedimos mandar la hora más adecuada para ustedes (Favor rellenar: me interesa que pongan mi cita en un horario comprendido entre: _____ am y _____ am). Esa entrevista se realizaría a partir de la semana que viene, y tiene una duración de 30 min aproximadamente. La finalidad de la misma es aclarar dudas que puedan surgir en las respuestas de los cuestionarios recibidos, o que puedan tener los padres respecto a cualquier información del programa. Con toda esta información recabada, el Psicólogo puede tener una línea base de los comportamientos que están afectando al niño, para poderlo contrastar con las evaluaciones que se realicen posterior a las 16 sesiones y comparar los resultados.

El estudio iniciará el lunes próximo. El tiempo de asistencia será siempre en los horarios escolares y dentro de un espacio que la escuela estará destinando para tal fin. Este programa no tiene costo ni para el colegio, ni para los padres, los materiales serán suministrados por el Psicólogo y los resultados serán compartidos con la escuela y los acudientes una vez se finalicen. Igualmente, serán emitidas las recomendaciones para cada grupo familiar, para que en conjunto con las iniciativas propias de este programa, puedan ser tomadas como pauta en el hogar.

Aprovechamos para expresarles el manejo confidencial de la información que ustedes como padres tengan a bien enviar a la Psicóloga, así como la información manejada entre los maestros,

Directivos y Psicólogo. Esto, como parte de la ética que compromete a todos los profesionales de la salud en Panamá.

Por favor, firmar los formularios en los cuales se reserva un espacio para tal fin, y enviar a más tardar el próximo miércoles, ya que este jueves se estarán organizando los grupos y días de atención.

Atentamente,

Lic. Laura León

Psicóloga.

Doy fe que he comprendido las pautas del programa de Psicología Positiva , el tiempo de duración del programa y acepto que mi acudido forme parte del mismo durante todas las sesiones.

Nombre y apellido del Acudiente

Nombre del Alumno:

Firma

Grado:

Cédula

Maestro:

ANEXO 6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Cuadro de control de evaluación Psicológica - Pre Test		C	Z	L	C	D	G	A	A	J	E	S	A	D	J	Y	J
Entrevista a profesor consejeros		A	U	U	E	Y	A	D	A	C	M	I	B	L	E	U	A
Cuestionario a profesor consejero		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aplicación cuestionario Consejero		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aplicación cuestionario Profesor 2		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Investigación antecedente de conducta		x	x	N	N	x	N	x	x	N	N	N	x	N	x	N	N
Autorización para participar		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aplicación de cuestionario a padres		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Entrevista a padres		O	x		x		X	O	X			x	x	x		x	
Entrevista niños		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Autoreporte niños		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro conductual 1 grupo completo		x	x	x	x	O	x	x	O	x	x	x	x	x	O	x	x
Registro conductual 2 grupo completo		x	x	x	x	O	x	x	O	x	x	x	x	x	O	x	x
Registro conductual 3 grupo completo		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro conductual 4 sub grupo		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro conductual 5 sub grupo		O	O	x	x	O	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro conductual 6 sub grupo		O	O	x	x	O	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Bienestar		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Optimismo		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Felicidad		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Puntuación profesores sobre 8 criterios:		6	6	5	5	5	5	5	7	7	5	7	6	4	5	5	5
x: se le aplicó. O: no se le aplicó. N: indica que el alumno es nuevo. Sólo se cuenta con información de comportamiento de ese año.																	
La puntuación que aparece como referencia en la última columna, fueron los criterios (sobre 8) que puntuaron los estudiantes en el cuestionario inicial, y que sirvieron para la toma de decisión de la muestra de este estudio.																	

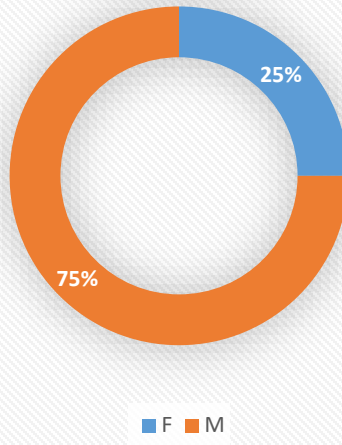
Anexo 7: Datos adicionales de la muestra

DATOS ADICIONALES DE LA MUESTRA

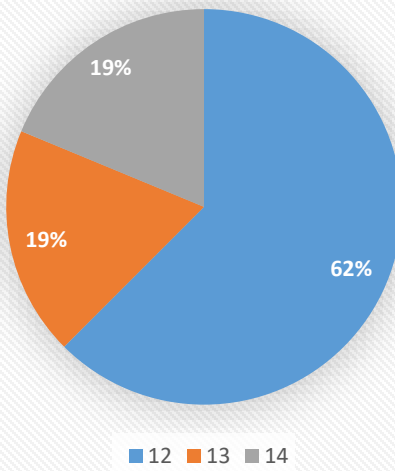
	SEXO	EDAD	GRADO	PROMEDIO	MATERIAS REPROBADAS
S1	M	12	7		
S2	F	13	7	3.6	1
S3	M	12	7	2.3	9
S4	M	13	7	4.3	
S5	M	12	6	3.2	5
S6	M	14	7	2.9	3
S7	M	14	8	3.9	1
S8	F	12	6	3.2	1
S9	M	12	6	3.9	1
S10	F	12	6	3.9	5
S11	M	12	7	3.1	1
S12	M	12	7	3.5	
S13	M	13	7	3.5	
S14	M	12	7	3.4	
S15	F	14	7	3.4	
S16	M	12	7	3.5	

Anexo 8: Gráficos de datos demográficos de la muestra

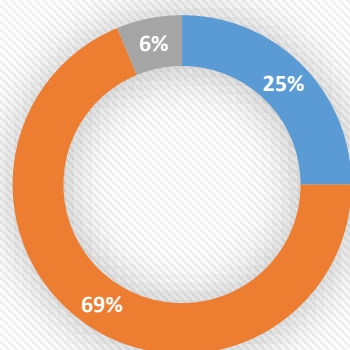
TODA LA MUESTRA POR SEXO



TODA LA MUESTRA POR EDAD

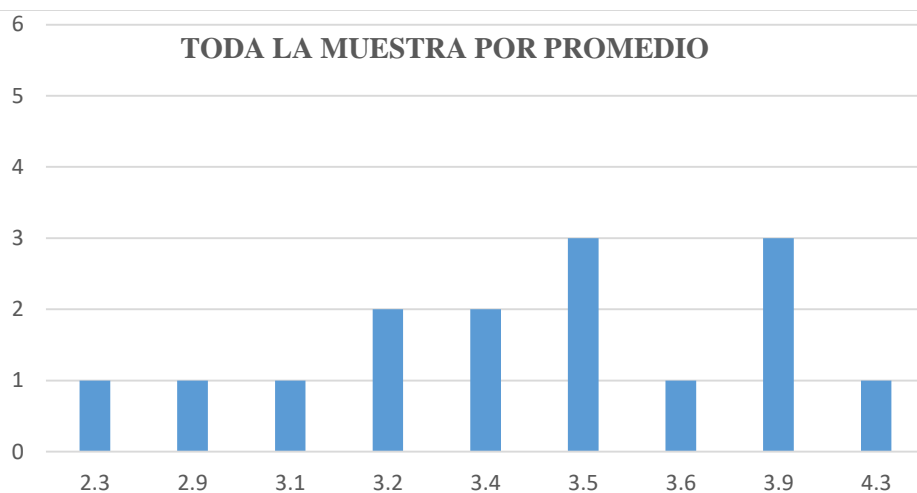


TODA LA MUESTRA POR GRADO



■ 6 GRADO ■ 7 GRADO ■ 8 GRADO

TODA LA MUESTRA POR PROMEDIO



		Anexo 9: Hoja de registro conductual por sesión																			
PRE-TEST COMPLICACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16					
REGISTRO CONDUCTUAL	CA	ZU	LU	CE	DY	GA	AD	ANA	JC	EM	SI	AB	DEL	JE	YU	JA					
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº					
ESTADO	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces	veces					
Enfado/irritabilidad:		0	3.67	0	0	0	0	2.67	0	0.67	0	4.67	14.3	3.67	0	7.67	0	0			
Pierde la calma en momentos de la actividad	0	6	0	0	0	0	8	0	1	0	12	24	11	0	12	0					
Se ve susceptible, a punto de enojarse	0	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	SI	SI	0	0	SI	0					
Se molesta con facilidad	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	2	19	0	0	11	0					
Discusiones / Actitud desafiante	3.33	10	5	2.67	0	7.33	16	0	4	0	32.3	44	28.3	6.33	19.3	6.33					
Discute con el examinador u otro adulto	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	6	6	2	0	5	3					
Desobedece a lo que se le pide	4	6	1	3	0	11	16	0	1	0	29	40	36	11	8	6					
No hace caso a las normas que establece el examinador	0	2	3	0	0	2	4	0	0	0	8	15	6	0	7	2					
Molesta a los compañeros	5	4	7	2	0	9	11	0	3	0	24	27	20	6	9	4					
Discute con los compañeros	0	10	0	2	0	0	6	0	2	0	8	19	6	0	13	4					
Golpea al compañero	1	6	4	1	0	0	5	0	1	0	9	18	10	2	7	0					
Culpa a los demás por sus errores o mal	0	2	0	0	0	0	4	0	4	0	13	7	5	0	9	0					
Vengativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Se le ve rencoroso o vengativo	0	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	SI	SI	0	0	SI	0					

Anexo 10: Control de Asistencia

		SEPTIEMBRE						OCTUBRE														S: SUSPENDIDO POR MAL COMPORTAMIENTO					
		PRUEBA		MEDICIÓN CONTINUA				S E S I O N E S														MEDICIÓN CONTINUA				PRUEBAS	
		L	M	L	M	MI	V	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	M	MI	J	V	J	V		
		20	21	24	25	26	28	1	2	3	9	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	25	26		
	GRUPO 1																										
	7:30 a 8:15																										
AD	S7	O	O	X	X	X	X	X	O	O	X	X	O	X	X	X	X	X	X		O	X	X	X	X		
ZU	S2	X	X	X	X	O	X	X	X	X	X	O	O	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		
LU	S3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		
DY	S5	O	O	O	O	X	X	X	X	O	X	X	X	X	X	X	X	X	S	S		X	X	X	X		
	GRUPO 2																										
	8:20 a 9:05																										
SI	S11	X	X	X	X	X	X	X	O	O	X	X	X	O	X	X	X	X	X		X	S	S	X	X		
YU	S15	O	O	X	X	X	X	O	X	X	O	X	X	X	X	X	X	X	X		X	O	O	X	X		
GA	S6	X	X	X	X	X	X	O	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		
JA	S16	X	X	X	X	X	X	O	X	X	X	X	X	O	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		
	GRUPO 3																										
	9:30 a 10:15																										
DEL	S13	X	X	X	X	X	X	O	X	X	X	X	X	X	X	X	O	X	X		O	X	X	X	X		
CA	S1	X	X	X	X	O	X	O	O	O	O	O	X	X	O	O	O	O	O		O	O	O	O	O		
JE	S14	X	X	X	O	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		
JC	S9	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		
	GRUPO 4																										
	10:25 a 11:10																										
DEL	S13	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	O		S	X	X	X	X		
CE	S4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	O	O	X	X	X	X	X	O	X		X	X	X	X	X		
EM	S10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	O	X	X	X	X	X	X	O		X	X	X	X	X		
ANA	S8	X	X	X	X	O	X	O	X	X	X	O	X	X	X	X	X	X	O		X	X	X	X	X		

Anexo 11: Tabulación pre test evaluaciones TND

ANEXO 12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Tabulación post test evaluaciones TND		C A	Z U	L U	C E	D Y	G A	A D	A N A	J C	E M	S I	A B	D E L	J E	Y U	J A
No.	EVALUACION																
4	Escala: (0) Nunca o casi nunca (1) Algunas veces - (2) Frecuentemente - (3) Muy frecuentemente																
	Distractibilidad - 9 ítems. Max 27	/	7	9	21	10	13	10	3	13	3	9	3	13	12	13	11
	Impulsividad y hiperactividad - 9 ítems. Max 27	/	6	10	17	8	0	11	1	7	0	15	9	11	6	17	7
	Oposicionista - 8 ítems. Max 24	/	0	5	14	7	11	12	0	17	1	14	8	14	9	19	7
	Rasgo Disocial - 7 ítems	/	NO	NO	2/NO	NO	4/NO	2/NO	NO	NO	NO	1/NO	NO	NO	NO	2/NO	1/SI
6	Cumplir órdenes, normas, instrucciones. 16 ítems	/	11	21	69	20	22	38	4	19	0	4	1	46	26	42	5
	Escala 1 (leve) al 9 (severo)																
5	Escala: (0) Nunca o casi nunca (1) Algunas veces - (2) Frecuentemente - (3) Muy frecuentemente																
	Distractibilidad - 9 ítems. Max 27	/	12	21	15	9	21	10	17	18	17	24	15	11	7	6	13
	Impulsividad y hiperactividad - 9 ítems. Max 27	/	16	21	17	9	13	12	16	17	13	24	22	14	12	4	9
	Oposicionista - 8 ítems. Max 24	/	20	9	11	3	12	11	11	10	13	22	21	14	10	17	5
7	Cumplir órdenes, normas, instrucciones. 12 ítems	/	11	19	2	25	13	38	27	42	27	61	41	54	11	36	18
	Escala 1 (leve) al 9 (severo)																

ANEXO 12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Tabulación post test evaluaciones TND PROFESOR 2		C A	Z U	L U	C E	D Y	G A	A D	A N A	J C	E M	S I	A B	D E L	J E	Y U	J A
	PROFESOR No. 2																
P	5	Escala: (0) Nunca o casi nunca (1) Algunas veces - (2) Frecuentemente - (3) Muy frecuentemente															
R		Distractibilidad - 9 ítems. Max 27	/	11	21	3	8	17	16	9	15	14	22	18	14	10	10
O		Impulsividad y hiperactividad - 9 ítems. Max 27	/	18	10	8	8	13	16	10	10	11	20	22	20	7	9
F		Oposicionista - 8 ítems. Max 24	/	16	2	3	6	4	11	11	10	13	18	20	12	10	12
E																	
S																	
O																	
R																	
E	7	Cumplir órdenes, normas, instrucciones. 12 ítems	/	32	15	9	13	14	38	20	20	22	38	36	18	20	18
S		Escala 1 (leve) al 9 (severo)															

Anexo 13: Guía de actividades por sesión

RESÚMEN DE ACTIVIDADES DURANTE INTERVENCIÓN

Nota: Las pautas de trabajo para esta intervención, fueron tomadas del Manual de ejercicios de Psicología Positiva aplicada. Coordinadora: Dafne Cataluña Sesé & Colaboradores.

SESIÓN 1 - GRATITUD

Bienvenida al grupo

Actividad 1

Nos damos los buenos días. Ponemos de manifiesto agradecerle al compañero por “algo”, y agradecerle algo a un profesor que escoja. Un agradecimiento cada uno.

Le agradece al profesor (en una silla vacía), al compañero. Este le regresa el agradecimiento, luego agradece al compañero contiguo y así. Efectos que les generó agradecer. Conclusiones de todos.

Actividad 2

El Psicólogo explica sobre el agradecimiento. Para estar agradecido hace falta que el otro haga algo que no esperamos, o que creemos no merecer. También nos hace conciente que alguien ha hecho algo por nosotros. El agradecimiento nos hace sentir bien porque reconocemos lo agradecido (de forma genuina) y porque reconocemos en el otro alguien con quien podemos contar. Cada uno comparte su experiencia sobre lo que es la gratitud. Las personas a quienes más agradece y por qué.

Actividad 3

Entrego la ficha. La titulan: Gratitud.

Anotan sus dos tareas.

- 1.- “GRATITUD DE SORPRESA” – A alguien que viva en casa. Se le escribe algo por lo que se le esté agradecido en general, o quizás algo especial que hizo ese día o esa semana y le queremos agradecer. Lo escribimos y colocamos en un lugar secreto que sabemos que frecuenta, hasta que lo descubra. 3 veces, una vez a la semana.
- 2.- “GRATITUD AL LEVANTARSE” todos los días por una semana. Por lo que se les ocurra.
- 3.- “GRATITUD AL ACOSTARSE” todos los días por una semana. Por algo que me haya sucedido ese día.

Se revisará los días restantes.

SESIÓN 2 – CONOCIMIENTO EMOCIONAL

Bienvenida al grupo

Actividad 1

Se comparte la experiencia vivida con la tarea sobre la gratitud. Puntos 1, 2 y 3 de la Actividad 3 del día anterior.

Actividad 2

Les hago una explicación de lo que son las emociones. Las funciones adaptativas en nuestras vidas. Para ello elaboro tarjetas con la emoción y sorteamos para que cada uno la represente. Una vez les sale la emoción, deben describir eso que sienten – lo que piensan cuando se sienten así y lo que dicen o hacen. Reflexionar sobre la función que cumple cada emoción y si es adecuada o no en esa situación. Se les demuestra cómo las emociones, pensamientos y conductas están relacionados. Conclusiones de todos.

Actividad 3

Hacemos un poco de relajación para conectarlos con sus emociones... Leve... un leve viaje solo para conectarlo con sus emociones. Al finalizar, les pido que compartan la experiencia.

SESION 3 – MANEJO EMOCIONAL

Bienvenida al grupo

Actividad 1

Conoces herramientas y técnicas para sacar partido a tus emociones, sean agradables o desagradables, esto no implica no sentir las, sino que cuando las sientes las comprendes y las transformas en una información útil, esa transformación te permite dar una utilidad positiva a cualquier emoción y te ayudan a mejorar en algún sentido.

Actividad 2

Se comparte la experiencia vivida con la tarea para casa sobre la gratitud. Puntos 1, 2 y 3 de la Actividad 3 del día 1. Feedback de la sesión anterior.

Actividad 3

Se hace en parejas. En 5 minutos debes contarle la vida a tu compañero. Debes incluir las emociones positivas y negativas que hayas sentido a lo largo de toda tu historia. Luego de terminar, tómate unos minutos y toma consciencia de las emociones mas fuertes. En la rueda de preguntas a los integrantes, el psicólogo los guía para que expresen cuáles son esas emociones, y cómo se sintieron con las emociones que le contaba el compañero.

Actividad 4

Les explico brevemente como sirven las emociones positivas:

Vistas al futuro: OPTIMISMO, ESPERANZA, FE Y CONFIANZA Se trabajan con el aprendizaje de la esperanza, optimismo y rebatir (a uno mismo) los pensamientos negativos. Se trabajan con el aprendizaje de la esperanza, optimismo y rebatir (a uno mismo) los pensamientos negativos.

Vistas al pasado: SATISFACCIÓN, COMPLACENCIA, REALIZACIÓN PERSONAL, ORGULLO Y SERENIDAD Se trabajan a nivel emocional mediante el ejercicio de agradecer y perdonar. En un nivel intelectual mediante el olvido de aquellas teorías que dicen que el pasado define el futuro.

Vistas al presente: ALEGRÍA, ÉXTASIS, TRANQUILIDAD, ENTUSIASMO, EUFORIA, PLACER Y FLUIDEZ. Se trabajan buscando evitar la habituación, disfrutar y utilizar la atención de manera de incrementar los placeres y las gratificaciones en el presente.

Actividad 4 - Tarea

LA CANCIÓN MAS TRISTE DEL MUNDO: Reflexiona sobre las canciones que te entristecen e intenta determinar cuáles te provocan mayor intensidad emocional. Tenlas localizadas y accesibles (p.e.: escríbelas en una ficha) de manera que si en algún momento experimentas sensaciones de tristeza, melancolía o nostalgia puedas descargar esa emoción de una forma rápida e intensa para que cuanto antes puedas recuperar tu equilibrio y continuar tus tareas o actividades.

SESION 4 – EL PERDÓN

Bienvenida al grupo

Dejas atrás con facilidad emociones negativas como el rencor cuando te han hecho daño. Puedes sentir una emoción negativa inicial pero dura poco tiempo, no se llega a convertir en rencor, dejas pasar lo sucedido aunque hayas tomado decisiones que te protejan en un futuro.

Actividad 1

Se comparte la experiencia vivida con la tarea sobre la gratitud. Puntos 1, 2 y 3 de la Actividad 3 del día 1. Feedback de la sesión anterior.

Actividad 2

La segunda oportunidad. Objetivo: utilizar una visualización guiada para tomar distancia de nuestras emociones negativas y plantear una solución paradójica que nos permita cuestionarnos y aumentar nuestro repertorio de respuestas adaptativas.

Descripción: Ponemos tres sillas. Uso un participante a la vez. En la primera silla la persona debe revivir un momento de franco conflicto con alguien (que simbólicamente estará sentado en la silla 2). Debe rememorar el evento, de principio a fin, intentando conectar con toda la emocionalidad que haya estado presente, y recurriendo al mejor recuerdo de todo lo que dijo, oyó, sintió y ocurrió en el lugar con él y esa otra persona.

Todos deben estar en silencio para que la vivencia del recuerdo sea intensa. Luego se sienta en la silla 2 y trata de ser, pensar y sentir como si fuera la otra persona. Y de esa manera intentar ver la situación desde la perspectiva del otro. Se le permite reflexionar sobre lo que siente y piensa al ponerse en ese lugar. Luego se sienta en la silla 3. Se supone que es él mismo, pero viendo todo lo ocurrido desde afuera. Esto permite que el niño tenga mayor objetividad. Nos da su opinión sobre lo que ve y siente. Luego se le sugiere que desde ahí mismo, le recomiende a su yo en primera persona alternativas que ahora piensa que hubieran podido ser mejor. Vuelve a la silla 1 e imagina todo lo ocurrido con alguna de la mejor opción que se acaba de recomendar.

Actividad 3

Objetivo Equilibrar la tendencia a justificar los actos de los demás y darle más peso a las propias necesidades y derechos.

Cuando la fortaleza del perdón está suprautilizada, la persona tiende a disculpar constantemente los agravios de los demás, lo cual si se mantiene en el tiempo impide la

autoafirmación y atenta contra el bienestar propio. Permitir el enfado es adaptativo en estos casos, ya que puede llevar a poner más límites a los demás y a defender los propios derechos.

SESION 5 – APRECIACIÓN DE LA BELLEZA

Bienvenida al grupo

Disfrutas de la visión, escucha o en definitiva percepción de elementos que te resultan bellos. Experimentas una conexión especial con los sentidos.

Actividad 1

Se comparte la experiencia vivida con la tarea sobre la gratitud. Puntos 1, 2 y 3 de la Actividad 3 del día 1. Feedback de la sesión anterior.

Actividad 2

MAS ALLÁ DE LA BELLEZA: hacemos reflexiones para detectar y focalizarnos en aquellos aspectos que tendemos a evitar porque parecen menos atractivos o menos bellos, como ir a **un sitio porque nos aburre, o porque es feo**, conocer personas que nos atraigan menos o ir a conciertos de música de grupos que nos puedan sorprender. Se buscará el valor positivo que puede tener esa experiencia y se indagará en otros aspectos más allá de la belleza y excelencia. ¿Qué valor puede tener esto? ¿Qué te puede aportar?

Conclusiones Permitirá a la persona explorar otros aspectos de objetos, experiencias o situaciones que vayan más allá de la belleza o la búsqueda de la excelencia. Valorar otras cosas, que la persona se permita por un día dejar de lado esa fortaleza para explorar otros aspectos que pueden desvanecerse si solo nos focalizamos en la belleza.

Actividad 3

EL RINCÓN DE LA BELLEZA: discutimos sobre las cosas que nos parecen bellas en la vida, las que nos parecen grandiosa y los llevamos a la reflexión de que todas las cosas tienen un valor importante en cada situación y en cada experiencia y que podemos aprender a ver más allá de lo que es obvio

Actividad 4 - Tarea

Busca uno o varios objetos o representaciones gráficas que signifiquen para ti la expresión de lo hermoso, lo bello o lo excelente, y reserva un pequeño espacio en tu lugar de trabajo o

en tu casa para colocar todos los objetos de forma que puedas experimentar la fortaleza cuando quieras de una forma sencilla.

Conclusiones

En ocasiones los entornos en los que trabajamos o realizamos cualquier actividad no favorecen la apreciación y el disfrute de la belleza y la excelencia, pero podemos crear pequeños espacios donde sentirla de forma habitual.

SESION 6 – ORGANIZACIÓN

Bienvenida al grupo

Aprender a agendar para organizarse.

Actividad 1

Trabajo con el grupo para expresar qué beneficios les trae la organización: en casa, en las tareas y con el estudio.

Actividad 2

La actividad consiste en llevar una agenda encima con dos apartados: En el primero anotarás aquello que has de hacer cada vez que te acuerdes. Reservarás 15 minutos cada día (siempre a la misma hora) para poner fecha en el calendario en el segundo apartado a la lista de quehaceres. Cada vez que cumplas uno de esos hitos, te reforzarás positivamente con una frase motivadora: ¡Enhorabuena!

Hacemos el ejercicio de esa semana con los deberes y exámenes para los que se deben preparar.

Actividad 2- tarea

Revisar la agenda a diario. Hacer los ajustes diarios para cumplirla. Discutir en las sesiones las complicaciones que se presenten.

SESION 7 – ARMONÍA

Bienvenida al grupo

Experimentas equilibrio emocional, no sueles alterarte, mantienes la calma y la serenidad.

Actividad 1

IMAGINA QUE ERES UN ÁRBOL: objetivo: fomentar una actitud más contemplativa ante los problemas tomando distancia emocional frente a ellos, sobre todo en los casos en los que no podemos hacer nada de manera inmediata (o prácticamente nada) para solucionarlos.

Descripción: Se trata de un ejercicio de visualización. Consiste en cerrar los ojos e imaginar que uno es un árbol. Se puede comenzar el ejercicio haciendo un recorrido por el cuerpo, a la vez que se identifican los pies con las raíces, las piernas con el tronco y nuestro torso, las ramas con los brazos y las hojas y los pequeños brotes, con los dedos de las manos y la cabeza. Una vez se logre la sensación deseada, se introducirá la variable viento: Nuestros problemas, los acontecimientos de la vida diaria, serán ese viento que nos azota y sacude, con mayor o menor fuerza. Y visualizaremos cómo este árbol, fuerte pero flexible, se mece a merced del viento, a la vez que se mantiene firmemente anclado en el suelo con sus fuertes raíces. Una tras otra, ráfagas de viento lo sacuden, y el árbol reacciona a las sacudidas con imperturbabilidad. Se puede realizar de manera guiada.

Al final relatan cómo se sintieron

Actividad 2

EL NEGOCIADOR - Objetivo Dirigir la capacidad de mantener la serenidad interna hacia situaciones conflictivas interpersonales o que requieran llegar a acuerdos.

Descripción Si tienes alta la armonía como fortaleza preséntate voluntario/a para participar en procesos de mediación o que requieran negociación en tu escuela, familia, comunidad de vecinos, centro deportivo, comunidad escolar, etc.

Conclusiones Facilitar el win-win realimenta la armonía, el bienestar y la conexión con un propósito mayor que nosotros mismos

Aprovechamos situaciones de conflictos reales que hemos tenido en las sesiones, y las ponemos como material para representar y ver las opciones que se habrían tenido, desde la perspectiva del Negociador.

SESION 8 – EXCELENCIA

OJO LLEVAR PIEDRITAS

Buscas y disfrutas con el trabajo bien hecho. Pones el esfuerzo para ver un buen resultado.

Actividad 1

Feedback de la sesión anterior.

Actividad 2

Les entrego una hoja y les pido que hagan una figura. La que deseen. Puede ser un árbol... una casa... Y les digo que tienen 5 minutos. Les entrego creyones. (5 MINUTOS MÁXIMO. LO ESCRIBO EN EL TABLERO)

Luego les doy otra hoja y les pido que en los mismos 5 minutos hagan el mismo objeto escogido, pero esta vez con más belleza, con criterios de excelencia. Que quede excelentemente bien hecho.

Al finalizar, les pido que comparen sus trabajos y que lleguen a sus propias conclusiones. Les explico los valores de poner “la milla extra” en las actividades cotidianas. Promuevo que intenten aplicar ese día la milla extra en todo lo que hagan y que me cuenten mañana. Les doy ideas: 1) Cooperando con el profesor que les toque hoy 2) copiando más rápido, participando en la clase, haciendo más bonito el trabajo, prestando más atención 3) haciendo más bonitas las tareas, con más dedicación y concentración (en casa), 4) ayudando más a mamá pero de verdad con la milla extra, 5) arreglando tu cuarto. Luego, ellos dan su propia lluvia de ideas. Se anotan en el tablero.

Actividad 3

ANCLA a través de la piedrita. Tomamos la piedra y programamos alta calidad en todo.

SESION 9 – PERSEVERANCIA

Bienvenida al grupo

Actividad 1

20 vasos – En uno se pone la palabra META.

La importancia de la META

Das lo mejor de ti para conseguir lo que te propones, con constancia a pesar de las dificultades, y con la capacidad para ser flexible y saber cuándo es mejor aceptar que la perseverancia tiene un límite.

Actividad 2

Se conversa sobre la perseverancia. Sobre hacer las cosas hasta que se llegue al resultado deseado. Que hay pasos. Que en cada paso optimizo y lo hago mejor para llegar al resultado deseado o la meta, lo mejor posible.

Juego con los 4 vasos y fichas.

Actividad 3

Juego en equipo para hacer la torre más alta.

SESION 10 – ACEPTACIÓN

Bienvenida al grupo

Experimentas equilibrio emocional, no sueles alterarte, mantienes la calma y la serenidad.

Actividad 1

REDESCUBRE TUS ESTRATEGIAS: Cuando has intentado algo en varias ocasiones y no lo has conseguido saber identificar cuándo es mejor aceptar la situación que luchar contra ella, lo cual no implica resignación sino sabiduría al saber poner límites a la perseverancia. Entrenar las estrategias de aceptación de forma diferente a como lo hacemos habitualmente.

Descripción:

- 1) La persona escribe en post-it de color verde aquellas situaciones que haya aceptado y, debajo de cada una, al menos dos estrategias que le han ayudado a hacerlo. Cuanto más concreta sea la descripción de las estrategias, mejor.
- 2) En los post-it de color amarillo se escriben situaciones que le cuesta aceptar y que considera que le generan malestar. Las distribuye en una mesa de forma que pueda visualizarlas todas.

Se lleva a cabo una reflexión sobre cuáles de las estrategias que le ayudaron a aceptar las primeras situaciones podría transferir a alguna de las situaciones en amarillo. Se selecciona una situación y las estrategias que cree más eficaces para mejorar su grado de aceptación.

A lo largo de dos semanas va a poner en práctica esa estrategia y a anotar cada noche si la ha modificado de alguna forma y cómo cree que le está ayudando.

Después de 1 SEMANA vuelve a realizar el ejercicio y analizará si la situación elegida está ahora en las “amarillas” o entre las “verdes”.

Conclusiones: Revisar las estrategias que favorecen la aceptación constituye una forma de potenciar la aceptación y de facilitar su generalización a otras situaciones.

Actividad 3 - tarea

LA PIEDRA: Objetivo Aprender a relacionarse con el malestar que genera una situación

Descripción: se elegirá una piedra irregular y con aristas que se llevará siempre encima.

Cada vez que se experimente malestar por un suceso no deseado, se apretará en la mano la piedra hasta que produzca un leve dolor.

Conclusiones: la situación que no nos gusta y que no podemos cambiar produce malestar, pero ese malestar no tiene por qué extenderse al resto de los ámbitos de la vida. Es un malestar localizado, como el que la piedra produce en la mano, y es tolerable.

SESION 11 – YO SOY EL CENTRO

Bienvenida al grupo

Actividad 1

OJO pañuelos

Se comparte la experiencia vivida con la tarea sobre la milla extra. Les pido ejemplos de dónde utilizaron la milla extra

Actividad 2

Les hago una explicación del YO en relación a: escuela, familia en casa, familia extendida, amigos, actividades o deportes, etc... El YO es quien tiene el control. Luego de entender esto, comprendemos que influimos en el mundo que nos rodea y éste en nosotros: nuestros amigos, familia, etc.

Para que tomen conciencia del yo, les pido que se venden los ojos y traten de llegar al otro lado sin ayuda. Lo repito uno a uno. (sentido del yo)

De regreso, pondremos algunos obstáculos, y le pediré que regrese, escuchando la ayuda que yo le doy (sentido del otro en mi vida)

Al final, pido estratégicamente al TND que guíe a todo el grupo con los obstáculos. Solo debe guiar con su voz (sentido del yo con respecto a los demás)

Nos sentamos y discutimos lo ocurrido.

Actividad 3

Conclusiones de la actividad.

SESION 12 – COMPROMISO

Bienvenida al grupo

Cuerdita

Cumples con lo que prometes, das valor a aquello con lo que te has comprometido y haces todo lo posible por cumplirlo.

Actividad 1

Se les pide hacer un compromiso en la escuela. Como estamos trabajando el comportamiento, les pido que sea algo relacionado con un compromiso sobre el buen comportamiento. Que lo verbalicen. Se discuten los beneficios para él o ella, para el grupo, para el profesor y para toda la clase.

Para registrarlo, se pone una cuerdata que no se soltarán hasta terminemos. Para fortalecer el compromiso, primero lo harán ellos, y luego lo sellarán en grupo. Deben tenerla puesta a lo largo de una semana. Durante las evaluaciones finales ,cada uno compartirá qué ha sentido y cómo le ha servido.

Actividad 2

Se les pide hacer un segundo compromiso. Pero esta vez con algo en lo que están fallando en casa. Se discute y verbaliza cómo eso le beneficiará, especialmente a la persona

ANEXO 14. SÍNTESIS DE ACTIVIDADES POR SESIÓN

SESION	OBJETIVOS
1 Gratitud	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlos con: que sientan que la vida les sonríe en pequeños y grandes detalles y que sientan gratitud por ello
2 Conocimiento emocional	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlos con: que puedan identificar sus emociones, darles un significado y que conozcan su sentido y función.
3 Manejo Emocional	Explicar el objetivo de la intervención Mostrarles herramientas y técnicas para sacar partido a sus emociones, sean agradables o desagradables, y cuando la sientan, las comprendan y transformen en información útil. Poder aplicarlo en cualquier emoción.
4 El Perdón	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlo con: que cargar con las dificultades del pasado, con sus errores y los de los demás, es una carga muy fuerte de llevar. Probando a través del perdón para liberarse.
5 Apreciación de la Belleza	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlo con: disfrutar de la visión, escucha o en definitiva percepción de elementos que les resulten bellos. Experimentar una conexión especial con los sentidos.
6 Organización	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlo con: tener una gran habilidad para prever lo que va a ocurrir y así puedan estar preparados ante las diferentes posibilidades.
7 Armonía	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlo con: experimentar equilibrio emocional, no suelen alterarse, mantienen la calma y la serenidad.
8 Excelencia	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlo con: todo intento de vida, tiene un nivel aún mayor que puedo dar si me lo propongo. Entiendo que cuando doy lo mejor de mí, recibo
9	Explicar el objetivo de la intervención

Perseverancia	Sensibilizarlo con: buscas la novedad, disfrutas al descubrir lo desconocido y prefieres variar de proyectos o tareas para motivarte. Es probable que te guste variar en tus lecturas,
10 Aceptación	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlo con: cuanto has intentado algo varias ocasiones y no lo han conseguido. Saber hacer resignación y valorar la sabiduría al saber poner límites a la perseverancia.
11 Yo soy el centro	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlo con: Son un ser biológico, emocional y pensante. Influyen y soy influidos por sus familiares, escuela, amigos. Pero siempre, para sí mismo, el centro son ellos.
12 Compromiso	Explicar el objetivo de la intervención Sensibilizarlo con: cumples con lo que prometes, das valor a aquello con lo que te has comprometido, y haces todo lo posible para cumplirlo.

Fuente: Manual de Ejercicios de Psicología Positiva aplicada. Coordinadora: Dafne Cataluña y Colaboradores.

ANEXO 15. SÍNTESIS DE ACTIVIDADES POR SESIÓN

HISTORIA CLÍNICA # 2

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **ZU – No 2** Fecha de Nacimiento: 26/11/2005 Edad: 13 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.6

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 48 años Educación: Bachiller

Empleo: Salario mensual: b/ 800

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 33 años Educación: Bachiller

Empleo: del hogar Salario mensual: b/ 800

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

Coloque, de mayor a menos, el número de hermanos y qué posición ocupa entre ellos.

Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)		
2)		
3)		
4)		

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco su abuela una tía.

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación

Se muestra tranquila, cooperadora, amable y educada, comportamiento moderado. Cuando se une al grupo, su comportamiento cambia de inmediato, mostrándose desafiante con sus compañeros masculinos (en especial) y a la defensiva. Cuando esto ocurre: habla alto, golpea, empuja y molesta a sus compañeros. Acata normas, cuando se las doy.

Algunos de sus profesores se quejan permanentemente de ella, refiriendo que no hace caso, que a veces no cumple con sus obligaciones, o porque llega tarde a la clase, posterior al recreo, pues se queda en el patio.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 35 semanas

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores 12 horas

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 19 años

D.- Peso del niño al nacer 7 ½ libras

E.- Mencionar si padeció (la madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1

2

3

4

5

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse SI

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos NO

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario NO

10. Difícil de mantener ocupado SI

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante SI

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 4 meses

2. Gatear 4 meses

3. Caminar sólo, sin ayuda 11 meses

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) -----

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) -----

6. Controlar la defecación de día y de noche -----

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. -----

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1 ASMA (PASADO)
(PASADO)

3 HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA

2 CORTADURAS SEVERAS (PASADO)

4

HISTORIA CLÍNICA # 3

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: LU – No 3 Fecha de Nacimiento: 12/06/2006 Edad: 12 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 2.3 (9 MATERIAS REPROBADAS)

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 53 años Educación: SECUNDARIA

Empleo: TAPICERO/IINDEPENDIENTE Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 48 años Educación: Bachiller

Empleo: SI Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	EDAD	¿Viven en casa?
1)	HERMANA	11	SI
2)	LU	12	
3)	HERMANA	22	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco ABUELA

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se muestra tranquilo, callado (responde solo lo que se le pregunta), tímido. Cuando responde, suele hacerlo muy bajo, hay que volverle a preguntar. Es educado. Cuando está con el grupo, molesta a sus compañeros. Siempre hace algo para ser tomado en cuenta, a lo que sus compañeros reaccionan con fastidio. Tiene conductas infantiles como echarse en el piso y quedarse ahí acostado largo rato.

Me relata que es su primer año en ese colegio, que no le fue tan fácil adaptarse, principalmente porque la costó mucho hacer amigo. Dice que ya tiene 3 amigos en el salón. Dice llevarse bien con sus profesores. En casa, dice llevarse bien con su papá a quien define como flexible. De su mamá dice que es dura y flexible. Me cuenta que a su papá le dio en Marzo un ACV. Va y viene a la escuela en Bus.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 32 semanas

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores). PARTO POR CESÁREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 36 años

D.- Peso del niño al nacer 6 libras

E.- Mencionar si padeció (la madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1

2

3

4

5

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar SI

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse SI

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos NO

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario NO

10. Difícil de mantener ocupado SI

5. Alerta SI

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 4 meses

2. Gatear 6 meses

3. Caminar sólo, sin ayuda 12 meses

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 8 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 1 AÑO

6. Controlar la defecación de día y de noche 1 ½ AÑOS

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 1 ½ AÑO-

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1 VARICELA (PASADO)

3

2

4

HISTORIA CLÍNICA # 4

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: CE Fecha de Nacimiento: 12/09/2005 Edad: 13años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 4.3

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 52 años Educación: Universitario

Empleo: Contador Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 50 años Educación: Universitaria

Empleo: contadora Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (SI) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo? DESDE HACE 3 AÑOS.

Hermanos/Nombre

Sexo

¿Viven en casa?

1)

2)

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco _____

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación durante la entrevista se muestra educado, cooperador. Se le ve maduro a la hora de abordar sus respuestas. Concreto. Tiene dos años en la escuela. Dice que le gusta y que es responsable con sus deberes. Tiene problemas con algunos profesores, quienes le reclaman por su comportamiento. Sin embargo, durante la entrevista y a lo largo de los días de la evaluación, podría decir que fue de los niños que mejor se comportó y que exhortaba a sus compañeros a quedarse tranquilos. Evitaba participar de los desórdenes que se formaban, aunque no se quedaba quieto si era fastidiado por otro compañero. En el cuestionario enviado a la madre, reportó 4 acciones relacionadas con pequeños hurtos y huida de la casa.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

NOTA: LOS PADRES INDICAN NO TENER DATOS DEL NIÑO EN LAS ETAPAS PREVIAS AL MOMENTO EN QUE FUE ADOPTADO, A LOS 10 AÑOS DE EDAD.

INFORMA LA MADRE QUE EL NIÑO ESTÁ BAJO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (RITALIN) Y QUE TIENE DX TDAH

A.- Duración del embarazo

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores 12 horas

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 19 años

D.- Peso del niño al nacer 7 ½ libras

E.- Mencionar si padeció (la madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1

2

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar

7. Cariñoso

2. Le era difícil dormirse

8. Sociable

3. Le daban cólicos

9. Fácil de consolar

4. Le era difícil ajustarse a un horario

10. Difícil de mantener ocupado

5. Alerta

11. Sobreactivo, en constante movimiento

6. Alegre

12. Muy terco, retante

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda:

2. Gatear

3. Caminar sólo, sin ayuda

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) -----

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) -----

6. Controlar la defecación de día y de noche -----

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. -----

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1

3

2

4

HISTORIA CLÍNICA # 5

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **DY** Fecha de Nacimiento: 19/11/2006 Edad: 11 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.2

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 38 años Educación: Universitario

Empleo: comerciante Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 39 años Educación: Universitaria

Empleo: asistente administrativa Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

Hermanos/Nombre

Sexo

¿Viven en casa?

1)

2)

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco _____

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación se comporta de forma educada, es amplio en sus respuestas, esto quiere decir, que se extiende aportando más datos que los respondidos. Atiende indicaciones, se mantiene sentado en su puesto durante la entrevista. Dice que el colegio le gusta, pero que es flojo. Ha pasado toda la primaria en ese colegio. Dice que su maestra lo regaña mucho, porque siempre está pendiente de lo que él hace. Le gusta el folclore, las matemáticas y participar en las actividades y paseos del colegio. Cuando le tocó reunirse en el grupo para las evaluaciones, pierde el control. Molesta, no se queda quieto, no escucha las órdenes que se le da. Cuando las oye, se queda tranquilo por un rato, y de nuevo se activa. A pesar de estar en 6to. Grado, tiene esta actitud extrovertida con los niños más grandes del grupo.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 38

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: CESÁREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 27 años

D.- Peso del niño al nacer 7 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1

2

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse SI

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos SI

9. Fácil de consolar NO

4. Le era difícil ajustarse a un horario SI

10. Difícil de mantener ocupado SI

5. Alerta SI

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 5 MESES 2. Gatear 6 MESES 3. Caminar sólo, sin ayuda 13 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) -----

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) -----

6. Controlar la defecación de día y de noche -----

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. -----

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) VARICELA (PASADO)

3

2) GLÁNDULAS (PASADO)

4

HISTORIA CLÍNICA # 6

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **GA** Fecha de Nacimiento: 16/08/2004 Edad: 14 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 2.9

- 3 MATERIAS REPROBADAS

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 35 años Educación: Universitario

Empleo: COMERCIO Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 35 años Educación: Universitaria

Empleo: RECURSOS HUMANOS Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	GA		
2)	HERMANO	M (7 AÑOS)	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco _____

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se le vio ordenado, con buena postura, poco conversador, pero contestaba puntualmente todas las preguntas. En las sesiones grupales, también pierde el control con facilidad. Si se le pide orden, rectifica, pero vuelve a perder el control dentro de la actividad. La madre comenta que ha estado teniendo dificultades con el joven en casa, que se ha ido de la casa a altas horas y dormido fuera en dos oportunidades, desobedece a las órdenes del hogar, y ha tenido eventos de violencia con otros pares (golpes).

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

NOTA: LOS PADRES INDICAN NO TENER DATOS DEL NIÑO EN LAS ETAPAS PREVIAS AL MOMENTO EN QUE FUE ADOPTADO, A LOS 10 AÑOS DE EDAD.

INFORMA LA MADRE QUE EL NIÑO ESTÁ BAJO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (RITALIN) Y QUE TIENE DX TDAH

A.- Duración del embarazo 38

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: 48 horas / Cesárea

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 20 años

D.- Peso del niño al nacer 8 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Aumento excesivo de peso

2 Vómitos y náuseas frecuentes

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos NO

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario NO

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta SI

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 5 MESES 2. Gatear 6 MESES 3. Caminar sólo. 10 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 9 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 1 AÑO

6. Controlar la defecación de día y de noche 2 AÑO

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 1 ½ AÑO

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) CORTADURAS SEVERAS (PASADO) 3

2) GLÁNDULAS (PASADO) 4

HISTORIA CLÍNICA # 7

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **AD** Fecha de Nacimiento: 05/09/2004 Edad: 14 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 2.9

- 1 MATERIA REPROBADA

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 42 años Educación: BACHILLER

Empleo: COMERCIO Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: SECUNDARIA

Empleo: COSTURERA Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	AD		
2)	HERMANA	F (9 AÑOS)	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco 2 TÍOS

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se le vio apático. Su manera de sentarse fue casi recostado, haciendo contacto visual conmigo apenas mientras respondía, y en oportunidades sólo cuando yo repreguntaba por no escucharlo. Tiene 2 años en la misma escuela. Dice que salió del otro colegio porque no lo aceptaron por mal comportamiento. AL preguntarle por sus padres, dice no llevarse muy bien con su padre quien es muy estricto. Apenas lo ve porque siempre está en la calle. Su mamá también trabaja, pero llega a casa a las 6 aprox. Siempre está con su hermana. Al momento de la entrevista, otros niños esperan en el recinto, y él se distrae con cualquier comentario que hacen los otros niños. Hace relajo en todo momento. En los momentos de la evaluación grupal, fue uno de los niños motivadores del trabajo por sub grupos. Alborota al resto de los compañeros.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 36

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: Cesárea

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 27 años

D.- Peso del niño al nacer 7 1/2 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Problemas de tensión

2 Vómitos y náuseas frecuentes

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse SI

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos NO

9. Fácil de consolar NO

4. Le era difícil ajustarse a un horario SI

10. Difícil de mantener ocupado SI

5. Alerta SI

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante SI

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 4 1/2 MESES 2. Gatear 6 MESES 3. Caminar sólo. 12 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 8 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 1 AÑO

6. Controlar la defecación de día y de noche 1 1/2 AÑO

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 1 1/2 AÑO

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) CORTADURAS SEVERAS (PASADO) 3

2) DOLORES DE CABEZA (PASADO Y ACTUAL) 4

HISTORIA CLÍNICA # 8

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **ANA** Fecha de Nacimiento: 30/11/2006 Edad: 11 11/12 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.2

- 1 MATERIA REPROBADA

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 37 años Educación: UNIVERSITARIO

Empleo: ABOGADO Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 39 años Educación: BACHILLER

Empleo: INDEPENDIENTE Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	HERMANO	M (14)	SI
2)	ANA		
3)	HERMANA	F (2)	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco ABUELA.

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se muestra cooperadora, tranquila, controlada. Dice haber estado siempre en la misma escuela. Le gusta la escuela porque aprende cosas nuevas. NO le gusta el Bullying. Al preguntarle qué exactamente, responde que no le gusta que la persona sufra. Menciona que le molesta que toda la atención de su mamá en casa va para sus hermanos, y nada para ella. Dice que entre las cosas que le gustaría mejorar está su comportamiento, porque es muy rebelde. Al preguntarle que me diga del 1 al 10, siendo 10 lo máximo... qué tanto crees que es tu rebeldía, responde 8. Le gustaría tener de promedio 4.5. Sabe que para eso debe esforzarse. En las reuniones con otros niños, fue siempre moderada, salvo algunos comportamientos defensivos cuando algún niño se metía con ella.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 40

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: 7

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 28 años

D.- Peso del niño al nacer 6 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Problemas de tensión

2 Vómitos y náuseas frecuentes

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse SI

8. Sociable NO

3. Le daban cólicos NO

9. Fácil de consolar NO

4. Le era difícil ajustarse a un horario SI

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre NO

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda:

2. Gatear 6 MESES

3. Caminar sólo. 11 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 8 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 1 AÑO

6. Controlar la defecación de día y de noche 1 ½ AÑO

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 1 ½ AÑO

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) PROBLEMAS DE APETITO (PASADO Y PRESENTE)

3

2)

4

HISTORIA CLÍNICA # 9

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **JC** Fecha de Nacimiento: 8/07/2006 Edad: 11 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.9

- 1 MATERIA REPROBADA

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 42 años Educación: UNIVERSITARIO

Empleo: BANCA Salario mensual:

Vive con el niño: Si No (X) **PADRES DIVORCIADOS**

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 40 años Educación: UNIVERSITARIA

Empleo: BANCA Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	HERMANA	F (5)	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco **ABUELOS.**

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se muestra cooperador. Es intranquilo, se mueve con frecuencia, responde rápido, formula preguntas sobre las mías. Dice tener 3 años en la escuela. NO es muy estudioso, pero siempre está pendiente de llevar sus cosas. Utiliza mucho la palabra “normal” al hacerle preguntas como: cómo te llevas con tus amigos (“normal”), qué te parece tu escuela (“normal”). Debo pedirle siempre que me diga qué quiere decir con normal. Dentro de las cosas que está conciente que debe cambiar en su comportamiento se encuentra: que hablo mucho y grito cuando hablo. Le gustaría tener 4.8 de promedio. Sabe que para lograrlo debe estudiar más y prestar más atención.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 40

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: CESAREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 28 años

D.- Peso del niño al nacer 7.12 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Aumento excesivo de peso

2

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos SI

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario SI

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda:

2. Gatear 7 MESES

3. Caminar sólo. 11 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 7 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 1 AÑO

6. Controlar la defecación de día y de noche 1 ½ AÑO

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 1 ½ AÑO

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) PROBLEMAS DE APETITO (PASADO)
(PRESENTE)

5) DIFICULTADES DE AUDICIÓN

2) ASMA (PASADO)

6) PROBLEMAS DE VISIÓN (PRESENTE)

3) ALERGIAS (PASADO)
(PRES)

7) PROBLEMAS MOTRICES FINOS ESCRITURA

4) VARICELA (PASADO)

8)

HISTORIA CLÍNICA # 10

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **EM** Fecha de Nacimiento: 10/08/2006 Edad: 12 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.9

- 5 MATERIA REPROBADA

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: UNIVERSITARIO

Empleo: INDEPENDIENTE Salario mensual:

Vive con el niño: Si No (X)

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: UNIVERSITARIA

Empleo: BANCA Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	HERMANO	M (16)	SI
2)	HERMANA	F(20)	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco .: PADRASTRO

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se muestra cooperador. Es intranquila, observadora, controlada. A pesar de ser nueva en la escuela, dice que se adaptó bien. De su conducta comenta que es un poco rebelde, del 1 al 10, donde 10 es lo máximo de rebelde, indica que es 3 ó 4. Le gustaría tener un mejor promedio. Dice que 4.5. Sabe que para lograrlo debe hablar menos, estudiar más y ser más responsable. Al interactuar con el resto del grupo durante la siguiente fase de la evaluación, se mantuvo tranquila. Interviene cuando se le pide. De resto está atenta a las actividades. Cuando algo no le pareció correcto, emitió con seguridad su punto de vista.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 40

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: 18 horas

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 30 años

D.- Peso del niño al nacer 8.5 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Vómitos y náuseas frecuentes

2 Parto inducido (SE UTILIZÓ FÓRCEPS DURANTE EL PARTO)

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos NO

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario NO

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento NO

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 11 MESES

2. Gatear 9 MESES

3. Caminar sólo. 12 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 8 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 10 MESES

6. Controlar la defecación de día y de noche 2 AÑO

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 2 AÑO

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) PROBLEMAS DE APETITO (PRESENTE)

6) PROBLEMAS DE VISIÓN (PRESENTE)

2) PROBLEMA DE LENGUAJE (PASADO)

7) PROBLEMAS DE VISIÓN (PRESENTE)

3) ALERGIAS (PASADO)

8) PROBLEMAS PARA DORMIR (PRESENTE)

4) VARICELA (PASADO)
(PRESENTE)

9) PROBLEMAS DE ORINARSE ENCIMA

5) ENVENENAMIENTO CON DIETILENGLICOL

10) Escoliosis, proteína alta, hemorragia nasal.

HISTORIA CLÍNICA # 11

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **SI** Fecha de Nacimiento: 02/06/2006 Edad: 12 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.1

- 1 MATERIA REPROBADA

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: UNIVERSITARIO

Empleo: INDEPENDIENTE Salario mensual:

Vive con el niño: Si No (X)

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: 7º SECUNDARIA

Empleo: Salario mensual:

Vive con el niño: Si No (X) PADRES SEPARADOS

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	HERMANO	M (8)	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco .: PADRASTRO

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se muestra inquieto. Como en el recinto hay otros niños en espera de su entrevista, se distrae con facilidad con lo que ellos hacen, o él promueve alguna conversación con ellos. Responde a todo lo que le digo, pero con la apariencia de ya querer terminar para irse a jugar. Comenta que es nuevo en el colegio. Comenta que le costó su adaptación porque le mandan mucha tarea. De los colegios donde fue retirado, es porque eran muy caros y ya sus padres no lo podían pagar. De su comportamiento, reconoce que se porta “muy mal”. Dice que lo han citado muchas veces. AL preguntarle cómo se siente con eso, dice que mal. Me mira fijamente a los ojos mientras me responde, y se cuida de dar la espalda a sus compañeros y responderme tan bajo como lo escucho, como para que ellos no le escuchen. AL preguntarle por qué se cuida de no ser oído, me dijo porque no me gusta que ellos sepan de mi vida. Al trabajar en grupo, fue siempre el que iniciaba los relajos, el que menos acataba las órdenes, el que distraía a los demás y el más desafiante con mi figura de autoridad.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 40

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: CESAREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 17 años

D.- Peso del niño al nacer 7 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Vómitos y náuseas frecuentes.

2 Aumento excesivo de peso.

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos SI

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario NO

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento NO

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 6 MESES

2. Gatear 7 1/2 MESES

3. Caminar sólo. 12 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) -----

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) -----

6. Controlar la defecación de día y de noche -----

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. -----

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) CIRUGÍA (PRESENTE)

6)

2) CORTADURAS SEVERA (PASADO)

7)

3) ALERGIAS (PASADO)

8)

4) VARICELA (PASADO)

9)

HISTORIA CLÍNICA # 12

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **AB** Fecha de Nacimiento: 09/03/2006 Edad: 12 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.5

- 1 MATERIA REPROBADA

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 49 años Educación: 5to. AÑO SECUNDARIA

Empleo: INDEPENDIENTE Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: 3ero. SECUNDARIA

Empleo: Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	HERMANO	M (21)	NO

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco .

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se muestra pasivo. Es poco expresivo en sus respuestas. Su cuerpo recostado sobre la silla (distendido). Habla bajo, mantiene la mirada fija mientras habla conmigo. Cada vez que puede, no pierde oportunidad para entrometerse en lo que están hablando los demás. Al trabajar en grupo, fue totalmente disruptivo. No respetó mi autoridad, ni mis normas, ni mi presencia. Pasaba de molestar a uno, cuando ya estaba haciendo lo mismo con el otro. A veces por armar relajo, otras por ofender a un compañero, otra por no aceptar o ridiculizar la actividad que se estaba haciendo. Se muestra como una persona fuerte, en efecto parece un líder pero a costa de infundirles temor a los demás. Con las niñas se comporta casi igual, acosa (aunque no en el sentido sexual), trata siempre de imponer su voluntad. Al preguntarle por su conducta en clase, reconoce que se porta mal. Dice que es por ganar gracia, y que a veces hace maldades. Le gustaría tener 4.1 de promedio. Para eso, reconoce que debe prestar más atención, estudiar más y cumplir con sus tareas. En diferentes pruebas me dejó mensajes que “los amigos no existen”

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 41

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: CESAREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 29 años

D.- Peso del niño al nacer 7 ½ libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1

2

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos NO

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario NO

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 5 MESES

2. Gatear 6 MESES

3. Caminar sólo. 11 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) -----

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) -----

6. Controlar la defecación de día y de noche -----

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. -----

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) PROBLEMAS DE VISIÓN (PRESENTE)

6)

2) CORTADURAS SEVERA (PASADO)

7)

3) PROBLEMAS DE APETITO (PRESENTE)

8)

4) VARICELA (PASADO)

9)

HISTORIA CLÍNICA # 13

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **DEL** Fecha de Nacimiento: 07/10/2006 Edad: 12 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.5

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 42 años Educación: 5to. AÑO SECUNDARIA

Empleo: CONSTRUCCIÓN Salario mensual:

Vive con el niño: Si No (X)

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 43 años Educación: UNIVERSITARIO

Empleo: Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
-----------------	------	-----------------

1)

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco .

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se muestra cooperador, concentrado, responde con claridad a todas mis preguntas. Espera su turno para hablar, y espera con paciencia la culminación de la entrevista. En el trabajo en grupo, se convierte en uno de los sujetos que molesta al resto. No acata las órdenes, no permite que otros trabajen. Este es su segundo año en la escuela, y relata que del otro colegio se fue porque no lo admitieron por problemas de conducta. En el salón suele ser reprendido, citado y este año ha sido suspendido dos veces. Al preguntarle sobre su mala conducta, dice que es consciente que se porta mal. Tiene problemas en casa por eso, pero también dice que los demás compañeros también lo buscan para hacer chistes. Al preguntarle por la relación con sus padres, dice que se la lleva bien con su mamá, pero no con su papá, con quien tiene problemas porque su papá le gusta mandar en todas las cosas de la casa.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 39

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: CESAREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 21 años

D.- Peso del niño al nacer 7 ½ libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Vómitos y náuseas frecuentes

2

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos SI

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario NO

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 3 MESES

2. Gatear 6 MESES

3. Caminar sólo. 11 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) -----

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) -----

6. Controlar la defecación de día y de noche -----

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. -----

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) HOSPITALIZACIÓN (PASADO)

6) ASMA (PRESENTE)

2) CIRUGÍA (PASADO)

7)

3) PROBLEMAS DE APETITO (PASADO)

8)

4) VARICELA (PASADO)

9)

HISTORIA CLÍNICA # 14

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **DIER** Fecha de Nacimiento: 02/04/2006 Edad: 12 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.4

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: _____ años Educación: 7mo. AÑO
SECUNDARIA

Empleo: CONSTRUCCIÓN Salario mensual:

Vive con el niño: Si No (X) – Nota: en consulta, el niño me informó que no conoce a su papá.

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 28 años Educación: 6TO. AÑO
SECUNDARIA Empleo: cobranza Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	HERMANA	F(5)	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco . ABUELA

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista fue colaborador. Se mantuvo tranquilo, atento y concentrado a la entrevista. En las actividades sucesivas estuvo más inquieto y vulnerable a la distractibilidad. Había que recordarle con frecuencia las normas de la actividad. Relata que las razones por la que le llaman la atención en clases son que hace desorden, habla mucho y se para. Tampoco hace caso, dice. Le gustaría tener 4.1. de promedio en la escuela. Para ello sabe que debe estudiar, hacer caso y prestarle más atención a los profesores. Es muy cooperador. Siempre fue puntual a sus sesiones.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 40

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: CESAREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 16 años

D.- Peso del niño al nacer 8.16 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Preclampsia

2 Vómitos o Náuseas fuertes

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos SI

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario SI

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante SI

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: MESES

2. Gatear 7 /8 MESES

3. Caminar sólo. 11 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 7 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 8 MESES

6. Controlar la defecación de día y de noche 8 MESES

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 1 ½ AÑOS

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) INFECCIONES DEL OIDO (PASADO)

6) ASMA (PRESENTE)

2) DIFICULTAD DE AUDICIÓN (PASADO)
(PRESENTE)

7) PROBLEMAS DE MOTRICIDAD FINA

3) PROBLEMAS DE APETITO (PASADO)

8)

4) VARICELA (PASADO)

9)

HISTORIA CLÍNICA # 15

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: YU Fecha de Nacimiento: 24/03/2004 Edad: 14 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.4

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: MECÁNICO PROFESIONAL

Empleo: MECÁNICO Salario mensual:

Vive con el niño: Si No (X) PADRES SEPARADOS

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 40 años Educación: SECUNDARIA

Empleo: MENSAJERA Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	HERMANA	F(19)	SI
2)	YU		
3)	HERMANA	F(11)	SI

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco .

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista, se muestra reservada, capciosa. Su mirada es intimidante.

Responde breve y conciso. Llegó ese año a la escuela. Fue suspendida del colegio anterior, y en la escuela actual, tiene matrícula condicional. Dice que si no se meten con ella, ella no busca problema. No tiene interés por tener mejor promedio. Los estudios no le gustan. Hay cosas que no entiende. El colegio le da pereza, suele dormirse en el salón. En dos oportunidades golpeó a dos niños sin medir fuerza. Sin embargo, en las sesiones trata de mantenerse atenta. No obstaculiza las actividades. A veces pide a otros orden.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 37

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: CESAREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 24 años

D.- Peso del niño al nacer 7 1/2 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1 Preclampsia

3) INCOMPATIBILIDAD FACTOR RH

2 SANGRADO

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso NO

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable NO

3. Le daban cólicos NO

9. Fácil de consolar NO

4. Le era difícil ajustarse a un horario SI

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta NO

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre NO

12. Muy terco, retante SI

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: MESES

2. Gatear 7 /8 MESES

3. Caminar sólo. 11 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 5 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 9 MESES

6. Controlar la defecación de día y de noche 8 MESES

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 1 ½ AÑOS

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1)

2)

3)

HISTORIA CLÍNICA # 16

INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Nombre del Niño: **JA** Fecha de Nacimiento: 20/03/2006 Edad: 12 años

Datos de vivienda, teléfono: se omiten por privacidad.

Tiempo en la escuela: _____ Promedio del año actual: 3.4

Está el niño en educación especial? SI _____ No (X)

Datos del Padre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: 7mo. SECUNDARIA

Empleo: INDEPENDIENTE Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

Datos de la madre:

Nombre: (se omite por privacidad) Edad: 41 años Educación: UNIVERSITARIA

Empleo: CONTABILIDAD Salario mensual:

Vive con el niño: Si (X) No

¿Es el niño adoptado? (NO) De ser afirmativa la respuesta, ¿desde cuándo?

	Hermanos/Nombre	Sexo	¿Viven en casa?
1)	HERMANO	M(4)	SI
2)	HERANO	M (7)	SI
3)	JA		

Qué otras personas viven con el niño? Mencione el parentesco .

Datos relevantes del niño, que se desprenden de la primera entrevista o primeros días de evaluación Durante la entrevista se muestra Cooperador. Se comporta como un niño tranquilo, atento, paciente. Comenta que este es su primer año en la escuela, y que se ha adaptado bien. En cuanto a su comportamiento, dice que en su casa se porta bien, ayuda a su mamá con sus hermanos menores y que no tiene problemas. Reconoce que se porta mal en el colegio, y dice que es una forma de ser tomado en cuenta. Cuando nos tocó trabajar en grupo en las primeras evaluaciones, se comportó de forma desordenada. Se incluía en los actos de desorden, de provocación y de juegos con golpes.

HISTORIAL MÉDICO Y DE DESARROLLO

A.- Duración del embarazo 32

B.- Duración del parto (número de horas, desde los primeros dolores: CESAREA

C.- Edad de la madre cuando el niño nació. 29 años

D.- Peso del niño al nacer 6.5 libras

E.- Mencionar si padeció (la Madre) algún problema durante el embarazo/parto. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

1)

3)

2)

F.- Mencionar si padeció (el niño(a)) alguna condición durante el parto o en los primeros días después del nacimiento. Se menciona una lista amplia de problemas médicos, se listarán aquellos que el Psicólogo haya encontrado contrario a lo normal

G.- Salud y temperamento del Infante. Durante los primeros 12 meses de vida del niño, cómo fue?

1. Difícil de alimentar NO

7. Cariñoso SI

2. Le era difícil dormirse NO

8. Sociable SI

3. Le daban cólicos SI

9. Fácil de consolar SI

4. Le era difícil ajustarse a un horario NO

10. Difícil de mantener ocupado NO

5. Alerta SI

11. Sobreactivo, en constante movimiento SI

6. Alegre SI

12. Muy terco, retante NO

H.- Acontecimientos importantes en el desarrollo temprano: A qué edad logró por primera vez.

1. Sentarse sin ayuda: 6 MESES

2. Gatear 6 MESES

3. Caminar sólo. 12 MESES

4. Decir palabras aisladas (ej mamá, agua) 8 MESES

5. Poner juntas dos palabras o más (mamá ven, dame agua) 7 MESES

6. Controlar la defecación de día y de noche 7 MESES

7. Controlar la vejiga, de día y de noche. 1 ½ AÑOS

I. Historial de salud: de las enfermedades listadas, cuál presento alguna vez en el pasado, o presenta en la actualidad?

1) ALERGIAS (PASADO)

2) PROBLEMAS DEL HABLA O LENGUAJE (PASADO)

3)